



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale :
comment l'améliorer ?**

Partie 1 : place du dépistage de l'ostéoporose en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 15 mai 2014 à 16h
au Pôle Recherche

Par Ludivine DURAND

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Bernard CORTET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY

Monsieur le Professeur Gérard FORZY

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Travail de l'Institut Catholique de Lille

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ADCN	Association de Dépistage des Cancers dans le Nord
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
APOROSE	Aide à la Prise en charge de l'OstéopoROSE
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CRP	C Reactive Protein (protéine C réactive)
CTX	Télopeptide C terminal du collagène de type I
DALA	Déficit Androgénique Lié à l'Âge
DMO	Densité Minérale Osseuse
DS	Dérivation Standard
FESF	Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur
FMC	Formation Médicale Continue
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormone
GRIO	Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses
HAS	Haute Autorité de Santé
IOF	International Osteoporosis Foundation
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NTX	Télopeptide N terminal du collagène de type I
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
THS	Traitement Hormonal Substitutif
VFA	Vertébral Fracture Assessment
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Définition.....	4
II. Epidémiologie	5
A. Généralités	5
B. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur	6
C. Les fractures vertébrales	6
D. Les fractures du tiers inférieur de l'avant-bras	7
E. Les autres fractures ostéoporotiques périphériques.....	7
III. Diagnostic de l'ostéoporose.....	8
A. L'interrogatoire et l'examen clinique	8
B. La radiographie standard	9
C. La densitométrie osseuse	9
D. Les examens biologiques.....	13
E. La VFA (Vertebral Fracture Assessment ou évaluation de la morphologie vertébrale).....	13
Matériels et méthodes.....	16
I. Type d'étude	16
II. Population interrogée.....	16
III. Recueil des données	17
A. Les entretiens.....	17
B. Le canevas d'entretien	18
C. L'enregistrement.....	18
D. La retranscription.....	19
IV. Analyse des données	19
Résultats	20
I. Les entretiens	20
II. Population étudiée	20
III. Analyse qualitative.....	21
A. Le dépistage en médecine générale	21
1. Le généraliste en première ligne	21
2. Dépistage et dépistage de masse	21
3. La place du dépistage en consultation courante	21
4. Les difficultés en pratique.....	22
B. L'ostéoporose en médecine générale.....	23
1. L'ostéoporose vue par le généraliste.....	23
a) Peu préoccupante	23
b) L'ostéoporose, une fatalité !.....	24
c) L'effet mode.....	24
d) Le business pharmaceutique.....	25
2. Le sous-dépistage de l'ostéoporose.....	25
a) Reconnu	25
b) L'influence des secteurs d'activité	26

c) Le manque de formation.....	26
3. La représentation du patient ostéoporotique	27
a) Une femme.....	27
b) La corticothérapie.....	27
c) La fracture	27
d) La douleur	28
e) Les chutes	28
4. L'ostéoporose masculine.....	28
a) Exceptionnelle	28
b) Ostéoporose secondaire	29
5. VIH et ostéoporose.....	30
6. L'ostéoporose en pratique	30
a) L'abord du sujet en consultation	30
b) La clé est d'y penser.....	31
c) La perte de taille	31
d) Les outils d'aide au dépistage	31
e) La densitométrie osseuse.....	33
f) La prévention par le calcium, la vitamine D et l'activité physique	34
Discussion	35
I. La méthode.....	35
A. Les entretiens.....	35
B. Les participants	36
C. Les forces.....	36
D. Les limites	37
II. Analyse des résultats.....	38
A. Le dépistage en médecine générale	38
B. L'ostéoporose en médecine générale.....	40
Conclusion.....	47
Références bibliographiques	49
Annexes	54
Annexe 1 : Les principaux facteurs de risque de fragilité osseuse.....	54
Annexe 2 : Les facteurs de risque de chute	55
Annexe 3 : Test rapide du risque d'ostéoporose de l'IOF	56
Annexe 4 : Canevas d'entretien n°1	58
Annexe 5 : Canevas d'entretien n°2.....	59
Annexe 6 : Canevas d'entretien n°3.....	60
Annexe 7 : Fiche profil médecin	61
Annexe 8 : Formulaire de consentement libre et éclairé	62
Annexe 9 : Tableaux de codage des entretiens semi-directifs.....	63
Annexe 10 : Tableaux de codage du focus group n°1	69
Annexe 11 : Tableaux de codage du focus group n°2	75
Annexe 12 : Verbatims	81

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage. Le sous dépistage de l'ostéoporose est largement reconnu. L'ostéoporose est un problème de santé publique sous-estimé. La mortalité post-fracturaire est plus élevée chez les hommes pourtant l'ostéoporose masculine n'est pas dépistée en médecine générale.

Objectif : Compréhension du sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs et focus groups de médecins généralistes exerçant dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : La principale difficulté est de penser au dépistage et de le faire accepter dans une consultation non standardisée. L'ostéoporose est considérée comme peu préoccupante car d'évolution insidieuse et aux complications fracturaires tardives. La représentation du patient ostéoporotique est la femme ménopausée. Parmi les facteurs de risque, la corticothérapie est souvent citée. Les facteurs de risque de chute sont peu considérés. Paradoxalement, la douleur est citée comme point d'appel. Les patients VIH sont dépistés par des médecins sensibilisés contrairement aux hommes sous anti-androgéniques. Les critères de remboursement de la densitométrie osseuse sont mal connus. L'effet mode de l'ostéoporose semble passé depuis l'abandon progressif des traitements hormonaux substitutifs. Les traitements anti-ostéoporotiques n'ont pas convaincu les médecins généralistes en raison de la peur des effets secondaires et des doutes sur leur efficacité. La prévention par le calcium, la vitamine D et l'activité physique est privilégiée. Les outils d'aide au dépistage comme la mesure de la taille ou le site Internet du GRIO sont peu exploités. Les filières de soins et les correspondances médicales pourraient être améliorées.

Conclusion : Le sous-dépistage de cette pathologie n'est pas uniquement inhérent aux difficultés de la pratique du dépistage en consultation courante. La mauvaise compliance des patients et la peur des thérapeutiques sont les premiers freins évoqués. L'explication des freins et les propositions d'amélioration sont traitées dans la deuxième partie de ce travail.

INTRODUCTION

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, tous deux responsables d'une fragilité osseuse (1). Elle touche 200 millions de personnes dans le monde (2)(3). Cette diminution de résistance osseuse peut être estimée par la densitométrie osseuse.

L'ostéoporose est une maladie asymptomatique jusqu'au stade fracturaire. Les fractures surviennent au cours d'un traumatisme de faible énergie comme une chute de sa hauteur. Les fractures sévères telles que la fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF), la fracture vertébrale et la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus sont associées à une augmentation de la mortalité (4). La fracture vertébrale, qui survient le plus souvent de manière spontanée, est fréquemment asymptomatique. Un tiers des fractures vertébrales seulement sont diagnostiquées (5)(6). Les fractures périphériques telles que la fracture de l'extrémité inférieure du radius peuvent entraîner une morbidité importante et sont un facteur de risque de fractures ultérieures.

Cette pathologie représente un enjeu majeur de santé publique en raison de la morbi-mortalité et de l'impact économique qu'elle engendre. Bien que la prévalence soit plus élevée chez les femmes, la mortalité post-fracturaire est plus élevée chez les hommes (7). Parmi les sujets victimes d'une FESF, 10 à 20 % décéderont au cours des six premiers mois et 50 % conserveront un handicap chronique (8). Les fractures ostéoporotiques coûtent en France 1 à 2 milliards d'euros par an.

De nombreuses études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose (5)(9). L'ostéoporose reste encore une maladie trop souvent banalisée et assimilée au simple phénomène de vieillissement : sa prise en charge diagnostique par le médecin généraliste reste insuffisante même après une fracture (5).

Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage. L'enjeu principal est le diagnostic précoce d'une pathologie silencieuse avant la survenue d'un événement fracturaire majeur. Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine

générale pourrait être dû à un manque de temps en consultation, à l'absence de pratique diagnostique standardisée comme une mesure systématique de la taille des adultes au même titre que la prise de la tension artérielle, au manque de sensibilisation des généralistes et des patients à ce sujet, à l'absence d'intégration du risque ostéoporotique dans les logiciels médicaux. Les motifs de consultation en médecine générale sont multiples, le plus fréquemment liés à un symptôme. Malgré la publication de critères de remboursement de la densitométrie osseuse par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006 (10), la pratique de dépistage est difficile à réaliser en consultation courante. La difficulté principale est de repérer les sujets à risque qui ne manifestent aucun symptôme. La prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose est mal connue des médecins car complexe. Les patients sont généralement peu observants (11). L'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique clarifie cette prise en charge et pourrait faciliter le dépistage (12).

L'étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes a pour but de comprendre ce sous-dépistage en médecine générale et de l'améliorer.

I. Définition

L'ostéoporose est une maladie des os. C'est la plus fréquente des ostéopathies fragilisantes. Le terme « ostéoporose » signifie « os poreux ». La définition de cette pathologie a évolué au cours du temps. La survenue d'une fracture a été pendant longtemps le seul critère diagnostique de l'ostéoporose. A partir de 1990, l'ostéoporose a été définie comme une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, tous deux responsables d'une fragilité osseuse et par conséquent d'une augmentation du risque de fracture. En 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a finalement retenu une définition non plus basée sur la survenue d'une fracture mais sur la seule densité minérale osseuse (DMO), mesurée par l'ostéodensitométrie (1). On parle souvent de « maladie silencieuse ». En effet, l'ostéoporose est asymptomatique jusqu'à l'évènement fracturaire.

II. Epidémiologie

A. Généralités

Il s'agit d'une maladie fréquente, à prédominance féminine (sept femmes pour un homme). Dans le monde, 200 millions de personnes souffrent d'ostéoporose.

En France, une femme sur quatre souffre d'ostéoporose à partir de 65 ans et une femme sur deux à partir de 80 ans (13). Après l'âge de 50 ans, 40 % des femmes et 15 à 20 % des hommes subiront au moins une fracture par fragilité au cours du reste de leur vie (3)(14)(15).

L'ostéoporose post-ménopausique est la plus fréquente et touche en France plus d'un tiers des femmes ménopausées. Chez l'homme, l'ostéoporose est dans un cas sur deux secondaire à une maladie ou à un traitement. Les causes les plus fréquentes sont la prise de corticoïdes, l'alcool, l'hypogonadisme et les maladies hépato-digestives.

La complication de l'ostéoporose est la fracture, survenant après un traumatisme de faible énergie comme une chute de sa hauteur. La fracture sentinelle est le premier évènement fracturaire, survenant pour un traumatisme minime, après l'âge de 45 ans, pouvant révéler une fragilité osseuse. Il s'agit le plus souvent de la fracture du poignet ou de vertèbre représentant le signe annonciateur de fractures ultérieures. Les fractures ostéoporotiques sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (près de deux tiers des fractures ostéoporotiques surviennent chez les femmes) mais les hommes souffrent d'une mortalité associée plus importante (7)(16). Chez la femme, l'incidence des fractures ostéoporotiques est plus élevée que l'incidence combinée du cancer du sein et des maladies cardiovasculaires (17). Chez l'homme, le risque est supérieur à celui du cancer de la prostate (18).

L'ostéoporose est devenue un enjeu de Santé Publique compte tenu des coûts humains et économiques qu'elle engendre. Le coût global de l'ostéoporose en France est de l'ordre de 2 milliards d'euros par an. La fracture la plus dévastatrice en termes de morbi-mortalité est la fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

B. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur

La FESF représente 20 % des fractures ostéoporotiques et concerne surtout les patients à partir de 70 ans. En France, son incidence annuelle est estimée à 50 000. Celles-ci devraient tripler d'ici l'an 2050, au vu de l'explosion démographique que va subir la France au cours de ces vingt prochaines années (2)(8)(19)(20). La plupart des FESF surviennent à la suite d'une chute banale de sa hauteur. L'augmentation de ce type de fracture après 70 ans s'explique à la fois par la perte osseuse liée à l'ostéoporose mais aussi par une augmentation du risque de chute à cet âge (21). L'environnement du domicile est souvent propice aux chutes. Ce type de fracture entraîne quasi-systématiquement une hospitalisation. Le coût moyen d'une hospitalisation pour une FESF est de 8000 euros (22). Compte tenu du vieillissement de la population, les dépenses de santé ne vont cesser d'augmenter. Les FESF peuvent entraîner une perte d'autonomie importante : 40 % des sujets sont incapables de marcher indépendamment un an après la fracture, 30 % sont totalement dépendants et institutionnalisés et 10 à 20 % mourront dans l'année suivant la fracture (3)(23)(24).

C. Les fractures vertébrales

Les fractures vertébrales sont les plus fréquentes et représentent 40 % des fractures ostéoporotiques. Elles surviennent surtout à partir de 60 ans. L'incidence annuelle des fractures vertébrales est de 50 000 à 75 000 mais elle est largement sous-estimée. En réalité, il y en a trois fois plus (5). Les fractures vertébrales sont le plus souvent sous-diagnostiquées compte tenu de leur caractère souvent asymptomatique et non traumatique. En France, seulement un tiers des fractures vertébrales sont diagnostiquées (12). Les fractures vertébrales ont des conséquences moins lourdes que les FESF. Toutefois, elles peuvent être très handicapantes, responsables à court terme de douleurs aiguës et à plus long terme de déformations vertébrales entraînant cyphose et douleurs chroniques. Les fractures vertébrales représentent un signe d'alarme. L'ostéoporose vertébrale est un facteur de risque essentiel d'autres fractures, vertébrales et périphériques. Parmi les patientes victimes d'une première fracture vertébrale, 20 % développeront dans

l'année suivante une nouvelle fracture vertébrale (20). Les femmes avec un antécédent d'au moins une fracture vertébrale ont un risque de nouvelles fractures multiplié par quatre par rapport à celles sans antécédents de fractures. Ce risque augmente avec le nombre de fractures vertébrales antérieures (25). L'existence d'une fracture vertébrale multiplie par deux le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur (20). C'est pourquoi il est primordial de prévenir la première fracture afin d'éviter cette cascade fracturaire (26).

D. Les fractures du tiers inférieur de l'avant-bras

Elles représentent 14 % des fractures ostéoporotiques. Elles surviennent plus précocement, à partir de 50 ans. L'incidence annuelle des fractures du poignet en France est de 35 000. Elles ne semblent pas associées à une augmentation de la mortalité. Ces fractures sont souvent révélatrices d'une fragilité osseuse et devraient permettre un dépistage précoce de l'ostéoporose. En effet, le risque de nouvelle fracture est multiplié par deux par rapport aux patientes qui n'ont pas d'antécédents fracturaires. Malheureusement, ces fractures périphériques de survenue précoce ne sont pas prises en charge de manière optimale (27)(28).

E. Les autres fractures ostéoporotiques périphériques

Tous les os peuvent être le siège d'une fracture ostéoporotique excepté le crâne, les os de la face, le rachis cervical, les trois premières vertèbres thoraciques, les mains et les orteils. Celles-ci sont trop souvent négligées. Une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes en 2009 concluait que le dépistage d'un antécédent de fracture de côte apparaissait capital et aussi important que le dépistage d'un antécédent de fracture du col fémoral, de vertèbre ou du poignet (29).

III. Diagnostic de l'ostéoporose

A. L'interrogatoire et l'examen clinique

L'interrogatoire doit rechercher les facteurs de risque d'ostéoporose et de chute (annexes 1 et 2). Ces derniers jouent un rôle important dans la survenue des fractures. En effet, un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans font au moins une chute chaque année et 5 % de ces chutes s'accompagnent de fractures (30)(31). On estime que 90 % des fractures de hanche résultent d'une chute (32).

L'HAS a élaboré des recommandations en 2005 facilitant le dépistage des personnes à risque de chute (33) :

- rechercher un antécédent de chute dans l'année précédente ;
- en l'absence de chute, rechercher les facteurs de risque et réaliser des tests simples (get up and go test, test unipodal, poussée sternale, walking and talking test) confirmant l'absence de risque.

Par ailleurs, la recherche d'une fracture vertébrale est un élément important en raison du caractère fréquemment asymptomatique et du risque de nouvelles fractures. Des signes d'alerte peuvent être présents :

- une notion de chute récente ;
- des rachialgies aiguës ou chroniques ;
- une déformation rachidienne ;
- une perte de taille historique supérieure ou égale à 4 cm (la référence peut être la taille sur la carte d'identité bien que discutable en raison du mode déclaratif) ou une perte de taille prospective supérieure ou égale à 2 cm (mesure répétée au cours du suivi). Ceci sous-entend la nécessité de la mesure régulière de la taille des adultes (12).

B. La radiographie standard

La radiographie standard n'a pas d'indication dans le diagnostic positif de l'ostéoporose. La méthode n'est pas assez sensible pour détecter la déminéralisation osseuse (34). Par contre, la radiographie du rachis reste indispensable au diagnostic des fractures vertébrales. Les arguments radiologiques en faveur d'une fracture vertébrale de nature ostéoporotique sont (35) :

- fracture située sous la cinquième vertèbre dorsale (T5) ;
- absence d'ostéolyse ;
- respect du mur postérieur et de l'arc postérieur.

En revanche, une fracture située au-dessus de T5, une ostéolyse ou le recul du mur postérieur doivent faire évoquer une cause maligne. Un scanner ou une IRM sera alors réalisé pour confirmer le diagnostic.

C. La densitométrie osseuse

L'ostéoporose est définie par une diminution de la résistance osseuse, pouvant être estimée par la mesure de la densité minérale osseuse. L'absorptiométrie biphotonique à rayon X est la méthode de référence actuelle en raison de sa fiabilité, son excellente reproductibilité, sa rapidité et une irradiation très faible. La mesure est réalisée sur deux sites osseux, en général le rachis lombaire et l'extrémité supérieure du fémur. En cas d'impossibilité d'interprétation (arthrose), une des mesures est remplacée par celle du radius.

Le résultat s'exprime en gramme par centimètre carré et en déviation standard (DS) par rapport à la valeur moyenne des adultes jeunes de même sexe (T-score) ou des adultes de même sexe et de même âge (Z-score) au même site osseux (35).

Selon l'OMS, la classification diagnostique de l'ostéoporose post-ménopausique par l'ostéodensitométrie est la suivante (1) :

- normale : T-score > -1 DS
- ostéopénie : -2.5 DS $<$ T-score ≤ -1 DS
- ostéoporose : T-score ≤ -2.5 DS

Chez l'homme cette définition peut être appliquée à partir de 50 ans. Avant la ménopause et chez les hommes de moins de 50 ans, l'ostéoporose est définie par un Z-score inférieur à -2 DS (36).

La densitométrie osseuse permet de faire le diagnostic de diminution de densité osseuse et non de fracture. Une DMO basse est associée à une augmentation du risque de fracture. Ainsi, chaque diminution d'une déviation standard de la DMO multiplie par deux le risque de fracture. Cette relation semble comparable à celle établie entre hypercholestérolémie et maladie coronarienne (37).

Une des limites de l'ostéodensitométrie est sa faible sensibilité. Par ailleurs, l'interprétation du T-score est difficile à l'échelle individuelle. Il est donc indispensable d'interpréter les résultats de la densitométrie osseuse en prenant en compte les facteurs de risque de fracture, d'autant plus que la plupart des fractures surviennent chez les sujets ostéopéniques (38).

En 2006, l'HAS a défini des critères de remboursement de la densitométrie osseuse (10) :

✓ Pour un premier examen

➤ Indications dans la population générale, quels que soient l'âge et le sexe :

- En cas de pathologie ou traitement inducteur d'ostéoporose :
 - corticothérapie systémique, prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone (il est préférable de faire l'examen en début de traitement) ;
 - antécédent documenté d'hypogonadisme prolongé (incluant l'androgénoprivation chirurgicale [orchidectomie] ou médicamenteuse [traitement prolongé par un agoniste de la GnRH]), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogénèse imparfaite.

- En cas de signes d'ostéoporose :
 - découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident ;
 - antécédent personnel de fracture périphérique de fragilité, c'est-à-dire survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical).

- Indications supplémentaires chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous traitement hormonal de la ménopause à des doses utilisées inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse) :
 - antécédent de corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone ;
 - Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 19 kg/m² ;
 - antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré ;
 - ménopause avant 40 ans, quelle qu'en soit la cause.

- ✓ Pour un deuxième examen
 - Chez la femme ménopausée, une seconde ostéodensitométrie peut être réalisée dans deux indications :
 - à l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique, en dehors d'un arrêt précoce pour effet indésirable ;
 - chez la femme ménopausée sans fracture, lorsqu'un traitement n'a pas été mis en route après une première ostéodensitométrie montrant une valeur normale ou une ostéopénie, une seconde ostéodensitométrie peut être proposée 3 à 5 ans après la réalisation de la première, en fonction de l'apparition de nouveaux facteurs de risque.

D. Les examens biologiques

Un bilan biologique minimal est indispensable afin de ne pas méconnaître les autres ostéopathies fragilisantes et les ostéoporoses secondaires :

- hémogramme ;
- vitesse de sédimentation et CRP ;
- électrophorèse des protéines sériques ;
- calcémie, phosphorémie, phosphatases alcalines, créatininémie avec clairance ;
- 25OHD3 ;
- calciurie et créatinurie des 24 heures.

Ces résultats doivent être normaux dans l'ostéoporose primitive. La calciurie peut être abaissée témoignant d'un déficit d'apport en calcium (35).

Il existe des marqueurs biologiques du remodelage osseux capables d'évaluer l'activité de formation osseuse (ostéocalcine et phosphatases alcalines osseuses) ou l'activité de résorption osseuse (télopeptides du collagène : CTX et NTX). En raison de leur grande variabilité individuelle, leur utilisation en pratique courante est controversée. Certains l'utilisent afin d'estimer le risque fracturaire ou le suivi à court terme d'un traitement (35)(39).

E. La VFA (Vertebral Fracture Assessment ou évaluation de la morphologie vertébrale)

C'est une méthode d'acquisition d'images du rachis dorso-lombaire de face et de profil par absorptiométrie biphotonique à rayons X. La VFA peut être intéressante lors des déformations vertébrales rendant l'interprétation radiologique difficile ou chez des patients asymptomatiques au décours de la réalisation d'une densitométrie osseuse. Les avantages principaux de la VFA par rapport à la radiographie standard sont : une faible irradiation (200 fois moins qu'une radiographie thoracique et lombaire), une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Cependant, la radiographie

standard reste à l'heure actuelle l'examen de référence en cas de suspicion clinique de fractures vertébrales (40).

Les indications de la VFA publiées en 2007 par l'International Society for Clinical Densitometry sont (41) :

➤ Chez les femmes ménopausées :

- Les femmes ménopausées avec une diminution de la DMO et un des critères suivants :
 - âge supérieur ou égal à 70 ans ;
 - perte de taille supérieure ou égale à 4 cm (rétrospectivement) ;
 - perte de taille supérieure ou égale à 2 cm (prospectivement) ;
 - antécédent de fracture vertébrale.

- Les femmes ménopausées avec une diminution de la DMO et au moins deux des critères suivants :
 - âge entre 60 et 69 ans ;
 - antécédent de fracture non vertébrale ;
 - perte de taille historique entre 2 et 4 cm ;
 - maladies chroniques avec risque de fractures vertébrales.

➤ Chez les hommes :

- Les hommes avec une DMO basse et au moins un des critères suivants :
 - âge supérieur ou égal à 80 ans ;
 - perte de taille historique supérieure ou égale à 6 cm ;
 - perte de taille prospective supérieure ou égale à 3 cm ;
 - antécédent de fracture vertébrale.

- Les hommes avec une DMO basse et au moins deux des critères suivants :
 - âge entre 70 et 79 ans ;
 - antécédent de fracture non vertébrale ;
 - perte de taille historique entre 3 et 6 cm ;
 - traitement anti-androgénique ou antécédent d'orchidectomie ;
 - maladies chroniques avec risque de fractures vertébrales.

- Chez l'homme et la femme :
 - Dans la population générale :
 - corticothérapie supérieure ou égale à 5 mg par jour d'équivalent prednisone pendant plus de 3 mois.

 - Chez les femmes ménopausées et les hommes avec une ostéoporose documentée si la présence d'une ou plusieurs fractures vertébrales modifie la prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

L'objectif de ce travail était de comprendre l'expérience vécue des médecins et d'étudier leurs comportements dans le dépistage de l'ostéoporose. L'approche qualitative était la plus appropriée. Il s'agit d'une démarche phénoménologique c'est-à-dire une observation des phénomènes relatifs à l'expérience.

La triangulation des méthodes par entretiens semi-directifs combinés à des focus groups renforce la validité des résultats. Ce type d'étude permet de recueillir les pratiques courantes des médecins sur la base d'un questionnaire ouvert appelé canevas d'entretien. La compréhension du sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale et le repérage des freins au dépistage ont permis de proposer des solutions visant à l'améliorer.

II. Population interrogée

Les participants à cette étude étaient des médecins généralistes exerçant dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Les médecins des entretiens semi-directifs ont été sélectionnés dans les Pages Jaunes du bassin Lillois. Un échantillonnage raisonné a été obtenu en préservant la mixité et en variant les zones d'activité (urbaine et rurale). Cet échantillon reflétait la diversité de la population interrogée. Les médecins ont été contactés par téléphone par les enquêteurs qui se sont présentés comme des médecins généralistes

remplaçants réalisant une thèse. Un rendez-vous a été fixé afin de réaliser l'entretien.

Les médecins participant aux focus groups ont été sélectionnés par bassin d'activité : le premier dans la région de Cambrai et le deuxième dans les Flandres. Le focus group de Cambrai a réuni des médecins de Cambrai, Bapaume et des environs. Le deuxième focus group a réuni des médecins de la région d'Hazebrouck.

Les médecins de Cambrai et ses environs ont été invités à participer par téléphone. Ils ont été sélectionnés par réseau de connaissances selon la technique d'effet boule de neige.

La plupart des médecins d'Hazebrouck ont été informés par e-mail via une mailing liste de la Formation Médicale Continue (FMC) d'Hazebrouck, les autres sélectionnés dans les Pages Jaunes.

III. Recueil des données

A. Les entretiens

L'étude a débuté par des entretiens semi-directifs. Le premier a permis de tester le canevas d'entretien. Les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés au cabinet des médecins au cours de leurs consultations du 24 septembre au 19 Novembre 2013.

Le focus group de Cambrai a été réalisé au domicile du premier modérateur (médecin généraliste à Escaudoeuvres) le 18 Octobre 2013 et celui d'Hazebrouck dans la salle des fêtes de la maison de retraite « Le Clos des Tilleuls » le 6 Novembre 2013. L'entretien collectif d'Hazebrouck a été animé par un modérateur différent, également médecin généraliste. Pour chaque focus group, les enquêteurs avaient un rôle d'observateur et ne participaient pas au débat afin de repérer les expressions non verbales de chaque participant et de ne pas interférer dans la discussion.

A la fin des entretiens, les participants ont reçu une information orale sur les sites du GRIO et APOROSE ainsi qu'une information écrite contenant un questionnaire d'aide au dépistage (test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation (IOF) en annexe 3) et l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique (12).

Les entretiens ont pris fin après saturation des données.

B. Le canevas d'entretien

Le canevas d'entretien comportait six questions ouvertes avec des sous-questions pour le troisième et le quatrième item (annexes 4, 5 et 6). Les idées n'étaient jamais suggérées. Afin d'approfondir certaines remarques ou incompréhensions, les questions étaient parfois reformulées. Certains médecins ont été encouragés à développer leurs propos.

Le canevas a été réajusté à deux reprises, après le quatrième entretien puis après le sixième. Cette réflexivité des chercheurs est un critère de validité scientifique en recherche qualitative.

C. L'enregistrement

L'enregistrement a été réalisé avec le dictaphone d'un I-Phone et celui d'un I-Pad (application Audio Mémos Free) en double enregistrement pour parer à toute éventualité. L'enregistrement audio des entretiens permet une retranscription exacte. Tous les médecins ont donné leur accord écrit pour la participation à l'étude et l'enregistrement audio (formulaire de consentement libre et éclairé en annexe 8).

D. La retranscription

Les entretiens ont été retranscrits tels quels, mot à mot, sur Microsoft Word avec une double relecture. Les syntaxes ont été conservées telles qu'elles avaient été enregistrées. Les silences, les rires et les expressions non verbales ont été inclus afin de renforcer le sens des déclarations. Les hésitations et les tics de langage ont été remplacés par des [...]. Par respect de l'anonymat, les médecins ont été nommés dans l'ordre de la prise de parole avec un F pour les femmes et un H pour les hommes, suivi d'un chiffre. Les médecins des focus groups ont été dénommés FGF ou FGH selon leur sexe. Les données obtenues sont appelées les verbatims (annexe 12).

La retranscription a été soumise à postériori aux médecins par e-mail pour vérification (rétro-action).

IV. Analyse des données

Les verbatims ont été codés manuellement dans un tableau Microsoft Excel, en double lecture permettant une triangulation de l'analyse (annexes 9, 10 et 11). Le codage a été effectué au fur et à mesure des entretiens.

RESULTATS

I. Les entretiens

Parmi les médecins généralistes contactés, 5 ont refusé l'entretien individuel évoquant, pour 3 d'entre eux, le manque de temps. Ainsi, 11 entretiens semi-directifs ont été réalisés dans le bassin Lillois : 10 rendez-vous ont été obtenus par appel téléphonique et un par l'intermédiaire d'un des médecins interrogés.

Concernant le recrutement des médecins pour les focus groups, 35 ont refusé d'y participer. Parmi eux, 2 ont accepté un entretien individuel.

Au total, 2 focus groups de 8 médecins ont été organisés, un dans les Flandres et un autre dans le Cambrésis (réunissant des médecins du Nord-Pas-de-Calais).

La durée des entretiens semi-directifs variait de 7 minutes 27 secondes à 18 minutes 27 secondes avec une moyenne de 13 minutes 48 secondes.

Les focus groups duraient de 54 minutes 29 secondes à 87 minutes soit une moyenne de 70 minutes et 42 secondes.

II. Population étudiée

Au total, 27 médecins généralistes ont participé à l'étude, 11 femmes et 16 hommes. Toutes les tranches d'âge étaient représentées : ils avaient entre 29 et 67 ans. La moyenne d'âge était de 48 ans. Parmi eux, 14 avaient une activité urbaine, 13 une activité rurale ou semi-rurale. Dans cet échantillon, 24 médecins recevaient des visiteurs médicaux, 22 médecins participaient aux formations médicales continues. Il y avait 2 médecins remplaçants et 5 étaient maîtres de stage.

La plupart des médecins avaient une activité d'omnipraticien. Un médecin était homéopathe, un autre spécialisé en maladies infectieuses et un troisième avait une orientation en homéopathie et en nutrition.

III. Analyse qualitative

A. Le dépistage en médecine générale

1. Le généraliste en première ligne

Le dépistage était largement reconnu en médecine générale. Le médecin généraliste avait conscience de l'importance de son rôle.

« Pour moi, (le dépistage) c'est synonyme de médecine générale. » F4

« On est vraiment les premiers acteurs en contact. » F5

« La plus belle chose que j'ai à faire, c'est plutôt de prévenir que de guérir. C'est mon cheval de bataille. » F2

« C'est très intéressant de dépister. Je le fais tous les jours. » H4

« Notre place est privilégiée. » FGF6

« C'est le but premier du généraliste. » FGF4

2. Dépistage et dépistage de masse

Le dépistage était pour beaucoup synonyme de dépistage de masse.

« [...] les dépistages obligatoires : les frottis (...) la mammo et le cancer colorectal. » F5

« Le dépistage, c'est la masse. » FGH7

« Le dépistage est plus facile depuis qu'il y a Opaline 62. » FGF1

« Il y a plusieurs niveaux de dépistage [...] le dépistage en santé publique (...) et le dépistage individuel. » FGH2

3. La place du dépistage en consultation courante

Le dépistage était souvent réduit à une question courte énoncée en fin de consultation.

« Le dépistage [...] ça vient à la fin juste au moment où ils doivent partir. » FGF3

Les consultations pour un certificat de sport étaient l'occasion de pratiquer le dépistage.

« Moi, je profite souvent des consultations par exemple de certificats de sport pour faire du dépistage. » F1

« Je les mesure en septembre pour les certificats de sport. C'est là où c'est le plus facile en fait. » FGF1

« Moi, je mesure les adultes quand il y a des certificats mais ce n'est pas souvent. » FGH7

Certaines périodes de l'année semblaient propices au dépistage.

« En septembre, parce que je suis motivée c'est la rentrée des classes et en janvier, car c'est la rentrée de l'année. » FGF1

4. Les difficultés en pratique

Dépister n'était pas un motif de consultation.

« Ils viennent pour un problème et si tu veux parler du dépistage, il faut vraiment se plonger dans le problème et les réinterroger en dehors du problème pour lequel ils sont venus. » FGH1

« Ah les gens ne viennent pas pour ça ! » H3

« Ils viennent avec plein de motifs de consultation. » FGF3

Il fallait du temps pour dépister.

« Moi, je pense que c'est une question de temps. Si on en avait plus, on pourrait en faire beaucoup plus. » FGH3

« C'est important et pas toujours facile parce qu'il y a beaucoup de choses à dépister. » H5

Il fallait penser au dépistage.

« C'est quelque chose à laquelle il faut penser, en plus. » FGH1

La peur de la maladie poussait les patients à refuser le dépistage.

« Ici dans les Flandres, on dit plus tu vas chez le médecin, plus tu es malade ! »

F4

B. L'ostéoporose en médecine générale

1. L'ostéoporose vue par le généraliste

a) Peu préoccupante

L'ostéoporose n'était pas considérée comme une pathologie préoccupante.

« L'ostéoporose n'est pas pour moi un problème de santé publique majeur. »

H4

« L'ostéoporose, ce n'est pas ce que je dépiste en premier. » FGF1

« J'ai l'impression que c'est un dépistage qui ne rapporte pas grand-chose. »

FGH1

« Il y a des choses plus importantes à dépister que l'ostéoporose. » FGH4

« Je ne m'y intéresse pas tellement en fait. » FGH4

« Ce n'est pas un dépistage qui nous paraît prioritaire. » FGH5

Beaucoup sous-estimaient la gravité de l'ostéoporose.

« Ce n'est pas une maladie qui frappe comme un cancer. » FGH1

« Ça n'a pas la même incidence sur le pronostic vital à court terme et à long terme. » FGF2

« Ce n'est pas la pathologie la plus préoccupante, les complications sont des complications à long terme. » H4

« Ce n'est pas aussi vital que le cancer du sein. Il ne faut pas exagérer. » F4

La fracture ostéoporotique semblait exceptionnelle.

« Les fractures sont encore plus rares ! (que l'ostéonécrose de la mâchoire). »

H10

« On nous dit 50 % de fractures de hanches en moins [...] bon, les fractures de hanches j'en vois une tous les [...] (...). Je n'en ai même pas une par an. Donc 50 % de moins ça ne me parle pas ! » FGH1

b) L'ostéoporose, une fatalité !

L'ostéoporose était souvent assimilée à un phénomène de vieillissement inéluctable.

« Je pense que ça ne sert à rien de mesurer les gens car physiologiquement on rapetisse. » FGH4

« L'ostéoporose c'est un processus de vieillissement. Il y a des gens qui vieillissent plus vite que d'autres. » F4

« Ils se tassent tous plus ou moins. » H3

c) L'effet mode

Les polémiques sur les traitements hormonaux substitutifs et le ranélate de strontium ont eu un effet négatif.

« Je ne sais pas ce qu'ils nous ont fait avec le Protélos. » H2

« On a eu tellement de problèmes avec les traitements hormonaux substitutifs (...) dix ans après on nous dit exactement le contraire, que cela ne sert plus à rien ! » H4

L'ostéoporose « n'était plus à la mode », les laboratoires pharmaceutiques ne présentaient plus de produits.

« On nous les présente beaucoup moins qu'avant (les traitements anti-ostéoporotiques). » FGH8

« Avant, on avait plein de formations. Et on était vachement plus branché là-dessus (...) mais c'est un peu tombé. » FGF1

« Ce n'est plus la mode. » FGF2

« Presque toutes étaient sur l'ostéoporose, l'ostéoporose, l'ostéoporose. Après c'est passé au diabète ! » FGF1

« L'ostéoporose, il n'y a aucune campagne même sur les fréquences FM. » FGF4

d) Le business pharmaceutique

L'ostéoporose était associée au lobby pharmaceutique depuis la diminution des prescriptions de traitements hormonaux substitutifs.

« Maintenant qu'il n'y a plus de traitements hormonaux substitutifs, on ne parle que du calcium alors qu'avant on n'en parlait jamais. » H4

« Je pense que depuis que l'on ne donne plus de traitements hormonaux dans la ménopause, il faut bien faire quelque chose. » FGH2

« Il y a eu une poussée des labos pharmaceutiques (...). Il y avait des traitements substitutifs (...) toutes les femmes ont voulu arrêter leur traitement et les labos se sont engouffrés dans la faille. » FGH8

Le traitement était mal compris et associé au business pharmaceutique.

« Je pense que c'est un truc pour que les labos se fassent du fric parce que l'on traite les gens à 50 ans pour un problème qu'ils vont avoir à 70 ans. » H4

« J'ai du mal (...) à savoir est-ce qu'on est dans une démarche vraiment thérapeutique ou est-ce qu'on est dans le lobby des laboratoires qui veulent nous faire vendre beaucoup beaucoup de traitements et notamment l'ostéoporose ? » F5

« On sent bien que l'industrie pharmaceutique est ultra puissante et qu'elle biaise énormément (...) Doit-on traiter ? Qu'est-ce qu'on doit traiter ? Comment on doit traiter ? » F5

« Les traitements type Bonviva, Fosamax, tout ça, ça a été survendu, très cher pour une efficacité [...]. » H6

2. Le sous-dépistage de l'ostéoporose

a) Reconnu

La majorité des médecins se sentaient concernés par le sous-dépistage.

« Je ne doute pas que je sous-dépiste comme beaucoup. » H6

« Ah, ça c'est manifeste (le sous-dépistage). » H1

b) L'influence des secteurs d'activité

Les secteurs d'activité influaient sur le dépistage.

« J'ai une patientèle qui est ouverte à ça, qui est demandeuse d'examens. On est aussi dans un autre monde, les gens font beaucoup plus attention à eux. » H2

« Une patientèle de village très sympa voit moins l'intérêt du dépistage. » H2

« Et surtout dans nos régions, on n'est pas très vernis au niveau prévention... On a une franche population qui n'est pas hyper concernée. » FGH3

La pénurie de médecin était une entrave au dépistage.

« Si tu es dans un secteur surbooké, à mon avis, le dépistage ça passe un peu outre. » H2

« En déménageant dans le sud ! Je pense que sur la Côte d'Azur, on a le loisir de faire du dépistage ! » FGH3

c) Le manque de formation

Le médecin généraliste était peu formé au dépistage.

« Il faudrait peut-être que l'on nous en parle plus pendant notre formation médicale. On n'est pas suffisamment sensibilisé. » FGF4

« Si on avait été formé certainement mieux à une médecine de prévention, ça aurait un coût sur la société certainement moins élevé. Est-ce qu'on a eu les formations adéquates ? Je ne sais pas si maintenant cela s'est amélioré. » H1

« Pour rentrer dans une pratique de dépistage, il faut quand même y avoir été un peu sensibilisé et c'est clair que je n'ai pas été sensibilisée. Il faudrait une formation pour savoir ce qu'il faut faire tout simplement. » F1

3. La représentation du patient ostéoporotique

a) Une femme

Le patient ostéoporotique était une femme maigre et ménopausée.

« Moi, je ne dépiste que les femmes. » FGH5

« Moi, je ne dépiste jamais les hommes. » FGF1

« Les populations à risque : les petites dames un peu chétives, maigres. » FGH3

« Surtout les femmes maigres, le tabac un petit peu, l'alcool. » H3

« Une petite dame d'un mètre cinquante quarante kilos. » F5

« Ou après, la femme petite taille, petit poids, celle-là il faut s'en méfier. Quand elles font quarante kilos et un mètre cinquante, il faut s'en méfier. » H2

b) La corticothérapie

Les médecins généralistes connaissaient les facteurs de risque. Le plus cité était la corticothérapie. L'hormonothérapie était très peu citée.

« Oui les corticoïdes. Les maladies de la thyroïde, l'alitement, la dénutrition, la maigreur. » FGH7

« Ceux qui ont des corticoïdes au long cours, les ménopauses précoces ou malheureusement lorsqu'il y a une chute où là on se dit ben zut, on n'a pas fait le bilan ! » F2

« Et du traitement par Arimidex. Mais ça, c'est plus par les oncologues. » FGH1

c) La fracture

Les médecins pensaient à l'ostéoporose après un événement fracturaire.

« Les dames plus âgées quand elles racontent qu'elles se sont cassées quelque chose pour pas grand-chose. » FGH7

« Il faut y penser après une fracture suspecte. » H2

d) La douleur

La douleur semblait être un point d'appel pour quelques médecins.

« Les patientes anormalement algiques (sont dépistées). » F5

« Je suis persuadé que l'ostéoporose, ce n'est pas indolore. » FGH7

« S'il n'y a pas de douleurs ou de fractures, c'est encore moins bien dépisté. »

FGH6

e) Les chutes

« Oui les chutes, c'est un point d'appel effectivement. » F5

« La prévention de l'ostéoporose, c'est aussi la prévention des chutes. » FGH7

4. L'ostéoporose masculine

a) Exceptionnelle

Les médecins généralistes avaient un, deux ou trois hommes ostéoporotiques dans leur patientèle.

« J'ai un patient, le diagnostic a été fait précédemment. » FGH9

« J'ai un patient (...) ils ont pensé à faire une densitométrie en milieu hospitalier. » FGF6

« Je dois avoir deux ou trois patients sous traitement qui ont été trouvés suite à des fractures. » F5

« Je pense que j'ai deux patients notamment d'ordre génétique. » H6

« Elle est plus rare. J'ai deux cas ! » F3

Quelques médecins avouaient ne jamais rechercher l'ostéoporose masculine.

« Moi, je ne dépiste pas parce que je n'y pense pas. » FGF1

« Je ne me souviens pas avoir fait une densitométrie osseuse chez un homme. » FGH3

« Je n'y pense jamais ! » H5

La densitométrie osseuse chez l'homme n'était quasiment jamais prescrite par le généraliste.

« J'ai une petite interrogation [...] (Surpris). Vous faites des densitométries osseuses chez l'homme ? » FGH3

« Ils ont été suivis par un rhumato qui avait suggéré de faire une densitométrie. » H4

b) Ostéoporose secondaire

Les points d'appels étaient la corticothérapie, l'alcool, les fractures et la déminéralisation osseuse à la radiographie standard. Le dépistage était beaucoup moins systématique que chez la femme.

« Moi, je dépiste chez les patients sous cortisone. » FGH4

« Je l'ai fait chez quelques hommes aussi (la densitométrie osseuse) (...) c'est vraiment parce qu'il y a des signes cliniques mais ce n'est pas systématique. Autant chez la femme, c'est plus du systématique, autant chez l'homme c'est un peu au feeling. » H2

« Moi, je n'en fais pratiquement pas car je n'y pense pas sauf chez certains patients qui sont sous corticothérapie. Sinon, je n'y pense pas du tout ! » FGH5

« Je ne sais même pas comment sa femme l'a découvert au départ [...] peut-être sur une radio, il devait y avoir une transparence osseuse. » H2

« Moi, j'ai un patient qui a déjà fait une densitométrie parce qu'il est sous cortisone au long cours. » FGF5

« Je la recherche uniquement dans certaines pathologies, chez des gens qui ont des corticothérapies au long cours. » H4

« Il n'y a pas longtemps, j'ai eu un homme ostéoporotique qui pourtant n'était pas maigre mais je crois que c'est à cause de l'alcool. » H3

5. VIH et ostéoporose

« L'infection par le VIH est un facteur de risque sur l'os. » H1

« J'ai des patients ostéoporotiques à 40 ans et qui ont une ostéopénie à 30 ans. » H1

« J'ai plus d'hommes présentant de l'ostéoporose que de femmes (Rires). » H1

« Tout patient VIH après un certain nombre d'années sous anti-rétroviraux passe une densitométrie osseuse. » H1

6. L'ostéoporose en pratique

a) L'abord du sujet en consultation

Le médecin généraliste évoquait le sujet avec ses patients.

« C'est plutôt moi ou personne qui le demande ! » FGH3

Les patients l'évoquaient également sur les conseils de leur voisine et semblaient sensibilisés par les médias.

« Les patients demandent à faire une densitométrie parce que leur voisine en a fait une... Les patientes sont sensibilisées par les magazines féminins. » H4

« Ce sont les patients qui avaient abordé le sujet mais ils n'étaient pas du tout concernés. Parce que leur voisine ou leur cousine avaient fait une densitométrie osseuse, elles voulaient en faire une. » FGF6

« Quand il y a une demande spontanée, elle vient essentiellement des femmes du fait de l'information médiatique qu'elles ont. » H5

« 95 % des demandes, c'est madame qui a mal au dos, qui ne s'est jamais tassée, qui bouge bien et que sa copine, qui est tombée, qui s'est tassée, qui lui dit il faut absolument que ton médecin te fasse une densitométrie ! » H6

b) La clé est d'y penser

« La seule difficulté est de l'évoquer et d'y penser. » H1

« Ce n'est pas systématique, c'est quand j'y pense. » H3

« Le tout, c'est d'y penser spontanément. » F2

c) La perte de taille

La perte de taille était rarement recherchée de manière systématique.

« Je ne le fais jamais. » F1

« Je ne le fais pas systématiquement. » H2

« Je ne le fais pas souvent. » H3

La perte de taille était associée à la fracture vertébrale.

« Ça vaut le coup de le faire, une fois tous les trois ou quatre ans, pour les adultes pour voir s'ils se tassent. » H2

d) Les outils d'aide au dépistage

- Les logiciels médicaux et le recueil de la taille

« Oui, j'utilise une toise. » FGH3

« Avant, je ne le faisais pratiquement jamais, maintenant que je suis informatisé je le fais (la mesure de la taille). » FGH10

« Laisser une case vide dans le logiciel, à un moment on a envie d'aller la remplir. » FGF6

« Je n'ai pas d'aides informatiques, à part la mesure de la taille dans mon logiciel et l'IMC. » H4

« En tant que nouveau installé avec un logiciel, j'essaye de les mesurer. » FGH8

- Les notes de rappel

« On peut les instaurer sur le logiciel. Il faut avoir l'idée de le créer et le temps. » FGF4

« C'est vrai que l'alerte taille, c'est pas mal et c'est tout bête. » FGH10

« Trop d'alarmes tuent l'alarme ! Si tout s'affiche de partout, moi j'avoue qu'au bout d'un moment, je ne les regarde plus. » FGF6

- Les fiches mémos et les tablettes

« Avant j'avais une petite tablette où on rentrait plein de données (...) et cela donnait les facteurs de risque de fracture. Mais la pile est usée et je ne l'ai pas changée ! » FGH3

- Les sites Internet

« On m'a déjà parlé d'un site Internet qui permet de calculer les facteurs de risque d'ostéoporose et d'inciter les gens à faire une densitométrie mais j'ai oublié le nom. » FGH6

« Je n'utilise pas de site Internet. » F2

« Je ne consulte pas de sites Internet, je me fie à mon intuition clinique. » F3

« Les sites spécifiques, c'est de la pub ! » F4

« A un moment, j'utilisais les scores du GRIO et tout ça ! Mais je ne les utilise plus...A force, c'est long. » H6

« C'est vrai que je vais de temps en temps sur le GRIO, mais c'est vraiment rare. » FGH1

e) La densitométrie osseuse

La densitométrie était systématique chez la femme dès 60 ans pour certains médecins.

« La densitométrie, je la conseille à partir de 60 ans... Je la propose systématiquement après ils la font, ils ne la font pas, c'est tout. » H2

« Chez la femme ménopausée, je demande une densitométrie de manière systématique. » F4

« Ah si (je fais une densitométrie) chez toutes les femmes ménopausées au début pour avoir un statut de référence (...). » FGH3

Les médecins interrogés ne connaissaient pas les critères de remboursement.

« Non, je ne les connais pas bien les critères de remboursement. » H4

« Je ne fais pas attention aux critères de remboursement. » F2

« Bah oui, elles sont toutes remboursées ! » FGH5

La méconnaissance des critères de remboursement n'était pas un frein à la prescription de la densitométrie osseuse.

« Le remboursement ne doit pas être un critère pour réaliser l'examen. » H1

« J'avoue, je ne connais pas trop les critères de remboursement. Et si j'estime qu'il faut en faire une, ne serait-ce que pour voir, je la propose. » H2

« Il faut la prescrire et c'est tout ! Je ne me préoccupe pas trop du remboursement. » H3

« Je la prescris et les gens se débrouillent avec le radiologue. » H4

« Je ne me suis jamais posée la question de savoir si c'était remboursé ou pas ! » FGF1

f) La prévention par le calcium, la vitamine D et l'activité physique

« Je leur dis, vous allez marcher, vous allez bouger vos fesses, vous allez densifier votre os. Voilà et ça, ça sera bien plus actif ! » F5

« Vitamine D et calcium (...). Au moins tu ne fais pas de tort. » FGH3

« Je crois plus dans la validité thérapeutique du mouvement que des médicaments (...). Je suis persuadée que le mouvement, l'activité physique (...) est absolument bénéfique au niveau osseux. J'en suis convaincue et pour le moment je ne crois qu'en ça ! » F3

« Je pense qu'une fois qu'on a dépisté l'ostéoporose (silence) est-ce qu'on va changer beaucoup de choses à la traiter ? Est-ce qu'on ne ferait pas mieux de la prévenir avant de la dépister ? » FGH3

« Je pense que les médicaments ont très peu d'intérêt dans l'ostéoporose (...). Je pense qu'il est important, pas forcément de dépister l'ostéoporose, mais de faire de la prévention, non pas par des médicaments, mais faire de l'activité physique et le maintien d'une certaine hygiène de vie. » FGH8

« Je pense que la seule manière d'éviter l'ostéoporose, c'est de supplémenter en vitamine D et de faire de l'activité physique. Point c'est tout ! Je suis certaine que ce sont les deux certitudes qu'on ait actuellement. » F4

DISCUSSION

I. La méthode

A. Les entretiens

L'approche qualitative permet une analyse comportementale des médecins généralistes. L'ostéoporose est une pathologie largement sous-dépistée (42). La compréhension de ce sous-dépistage est complexe car multifactorielle. Une approche quantitative d'évaluation de la pratique du dépistage de l'ostéoporose féminine en médecine générale réalisée en 2009 en Midi-Pyrénées confirmait que les médecins généralistes connaissaient en partie les recommandations de l'HAS et les principaux facteurs de risque d'ostéoporose (43). Cependant, elle ne parvenait pas à expliquer le défaut de recherche de ces facteurs de risque. Ce type d'enquête par questionnaire fermé entraîne une perte importante de données. La libre expression en méthode qualitative favorise la richesse du recueil.

L'entretien phénoménologique consiste à observer les phénomènes relatifs à l'expérience. L'objectif de ce travail était de recueillir l'expérience des médecins dans le dépistage de l'ostéoporose. Un travail quantitatif suggère les réponses par le biais d'un questionnaire fermé. Les médecins ne connaissaient pas le thème de la rencontre. L'évocation du dépistage en début d'entretien n'amenait pas à parler d'ostéoporose. De même, évoquer la mesure de la taille en dehors d'un contexte a révélé la réalité des pratiques. Les médecins qui ne recherchaient pas les fractures vertébrales par la mesure de la taille n'ont pas évoqué le sujet spontanément.

Les entretiens individuels ont créé une relation de confiance avec le médecin. La rencontre se déroulait dans un climat de détente. Beaucoup de médecins ont

évoqué durant les entretiens le souvenir de la préparation de leur thèse. L'anonymat des déclarations a permis un recueil de données sans retenue.

Les focus groups ont permis une confrontation des opinions des participants. Le modérateur connaissait la plupart des médecins en raison de la proximité de leur exercice. Cela a permis une certaine détente et une prise de parole plus facile. Dans chaque groupe, les personnalités dominantes lançaient les premières idées. Le modérateur a veillé à donner la parole à chacun afin de recueillir un maximum d'informations et de gommer l'effet leader d'opinion dans le groupe.

B. Les participants

La plupart des médecins ont été sélectionnés dans les Pages Jaunes dans la catégorie médecine générale. Les spécialités telles que l'homéopathie ou l'infectiologie n'étaient pas précisées. Les secteurs d'activité variés et la mixité ont permis d'obtenir un échantillonnage en variation maximale.

Durant les focus groups, le mélange générationnel et la confrontation médecin installé versus remplaçant a enrichi les données.

Cet échantillonnage en variation maximale a permis une saturation rapide des données.

C. Les forces

La recherche bibliographique n'a pas retrouvé d'étude qualitative sur le sous-dépistage de l'ostéoporose. De plus, peu d'études se sont intéressées à l'ostéoporose masculine en médecine générale. L'approche du dépistage de l'ostéoporose par la mesure de la taille en consultation a été très peu étudiée.

La majorité des médecins ne connaissaient pas le sujet avant l'entretien ce qui a permis un recueil de réponses spontanées.

Les critères de validité scientifique de cette méthode ont été respectés. Entre autres peuvent être cités : la signature d'un formulaire de consentement libre et éclairé avec respect de l'anonymat, la réflexivité des chercheurs, la retranscription exacte des déclarations en conservant les fautes de syntaxe et les tics de langage ainsi que les principales expressions non verbales, la triangulation de l'analyse et des méthodes et la rétroaction.

La réalisation des entretiens semi-directifs et des focus groups ont permis de laisser aux médecins une information orale et écrite sur l'ostéoporose (le test rapide du risque d'ostéoporose de l'IOF et l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique). Certains médecins ont déclaré que leur parler d'ostéoporose permettait d'améliorer leur pratique.

D. Les limites

La sélection des médecins pour la constitution des focus groups a été faite par secteurs d'activité. La plupart se connaissaient par relation professionnelle, parfois privée. Ceci constitue un biais de recrutement.

Les enquêteurs ont réalisé les entretiens individuels. La connaissance du sujet, la volonté de croiser les données et la possibilité de relancer la discussion ont pu créer un biais d'investigation.

La présence de leaders d'opinion dans les focus groups a pu inhiber certains participants. Ceci constitue un biais externe. Cependant, le modérateur a veillé à donner la parole à tous les intervenants.

L'analyse des verbatims sur papier est longue et chronophage. Les enquêteurs n'ont pas utilisé de logiciel. Lors de la retranscription des verbatims et des expressions non verbales, un biais d'interprétation a pu apparaître. Cependant, la triangulation de l'analyse a limité ce biais.

II. Analyse des résultats

A. Le dépistage en médecine générale

L'ostéoporose représente un enjeu majeur de santé publique. Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale est largement reconnu (42)(27).

Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage. Il a une place privilégiée (44). Il est le pivot de l'organisation des soins centrés sur le patient (45). Dans le cadre des orientations de la Loi sur la Sécurité sociale de 2004, le chapitre 1 de la convention sur le parcours de soin et la coordination précise que la relation de proximité du médecin traitant avec ses patients le situe au cœur du développement de la prévention de santé (46).

L'évocation du dépistage par le médecin généraliste est souvent réduite au dépistage de masse. Les campagnes nationales ont une place privilégiée par rapport au dépistage individuel. Le réseau Opaline 62 a été cité comme facilitant l'action de prévention. Ce dépistage de masse est favorisé par la sensibilisation des patients qui reçoivent directement à domicile l'information et qui peuvent, s'ils le souhaitent, évoquer le sujet en consultation avec leur médecin traitant. L'ostéoporose pourrait faire l'objet d'un programme de dépistage de masse. Cependant, l'OMS dans un rapport de 2006 relate l'absence de preuves scientifiques de l'intérêt d'un dépistage de masse par l'ostéodensitométrie (47).

Pour le médecin, parler du dépistage en consultation n'est pas une chose facile. Pour certains, le dépistage consiste en une question courte en fin de consultation. Pour d'autres, certains moments de l'année comme la rentrée ou la rédaction d'un certificat de sport semblent être privilégiés. La principale difficulté pour le médecin généraliste est de penser au dépistage. Le déroulement d'une consultation de médecine générale n'est pas standardisé. Le dépistage d'une pathologie est rarement un motif de consultation. Les motifs de rendez-vous sont variés. Exceptionnelles sont les consultations qui se résument à une seule demande. Elles sont souvent en rapport avec une plainte du patient. Un patient qui se sent bien ne consulte pas son médecin traitant. Ceci est d'autant plus vrai dans les campagnes

où la simple visite chez le médecin traitant semble déclencher des pathologies. La pratique de dépistage est parfois mal acceptée par les patients devant la peur de la découverte d'une maladie grave ou en raison des conditions de réalisation du dépistage comme par exemple l'hémocult. Dans le baromètre santé médecins pharmaciens de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) 2003, le premier frein à la prévention et à l'éducation cité par les médecins était la résistance des patients (pour 51,2 % des médecins interrogés)(48).

Le temps, les horaires et l'attente sont des contraintes pour le médecin et son patient. Il faut du temps pour dépister. Dans l'étude de l'INPES 2003, le temps était le deuxième frein cité par 49,2 % des médecins. Il faut du temps pour évoquer le dépistage en consultation, l'expliquer et le faire accepter. Un article tiré de la revue d'épidémiologie et de santé publique de juin 2013 intitulé « repenser la place des soins de santé primaire en France, le rôle de la médecine générale » proposait de faciliter l'exercice quotidien des professionnels de terrain avec des mesures comme l'allègement des charges administratives en développant les outils numériques (45).

La formation du médecin généraliste est peu axée sur le dépistage. Le manque de sensibilisation des praticiens durant leur formation médicale a un rôle dans le sous-dépistage (48). Développer la formation théorique et pratique lors des stages auprès du praticien pourrait contribuer à améliorer le dépistage.

B. L'ostéoporose en médecine générale

Pour la plupart des médecins, l'ostéoporose n'est pas considérée comme une pathologie préoccupante. Pourtant, selon l'OMS, elle fait partie des dix maladies prioritaires. Dans l'esprit des praticiens, l'ostéoporose n'est pas associée à la mort comme le cancer. Ce n'est pas une maladie qui frappe. L'ostéoporose est une pathologie d'évolution insidieuse. L'événement fracturaire est souvent tardif. Les complications sont perçues comme hypothétiques et lointaines pour le médecin et son patient. De nombreuses études relatent les taux de morbi-mortalité des patients ostéoporotiques. Ces études sont connues des praticiens. Or, ils ne se sentent pas concernés. Une étude publiée en 2013 dans la revue du rhumatisme concluait que les médecins généralistes en 2010 suivaient peu les recommandations françaises pour la prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique (49). L'efficacité anti-fracturaire d'un traitement semble dérisoire aux yeux du médecin à l'échelle de sa patientèle.

L'ostéoporose n'est pas une pathologie pour certains mais un phénomène inéluctable lié au vieillissement. De même, la perte de taille semble être une évidence qu'il ne convient pas de rechercher. Tout le monde rapetisse, c'est une fatalité pour le patient et son médecin.

La polémique sur le ranélate de strontium et le rôle majeur des médias dans la diffusion de l'information ont eu un effet important sur la population (50). Les traitements hormonaux substitutifs ont laissé place à la vitamine D. L'ostéoporose n'est plus à la mode, les laboratoires pharmaceutiques ne présentent plus leurs produits. La place est laissée aux campagnes publicitaires sur les maladies cardiovasculaires et le diabète. Les polémiques sont suivies du silence. Le ressenti général des médecins interrogés est qu'ils n'entendent plus parler d'ostéoporose. L'effet mode semble passé.

Les médecins généralistes ont perdu confiance dans l'industrie pharmaceutique. Après plusieurs années d'éloge du traitement hormonal substitutif, leurs effets secondaires ont inquiété les prescripteurs et leurs patientes. L'abandon progressif du traitement hormonal substitutif a encouragé la prescription de

nouveaux traitements. Dans cette étude, les traitements anti-ostéoporotiques étaient associés pour la plupart des médecins au business pharmaceutique. Les études pharmaceutiques sont rarement indépendantes. Les conflits d'intérêts décrédibilisent les résultats aux yeux des praticiens (51). Le manque de confiance dans la thérapeutique est un frein au dépistage. Le médecin et sa volonté de guérir ne semble pas vouloir dépister une pathologie qu'il a l'impression de ne pas pouvoir soigner.

Pour le médecin, l'activité de dépistage est chronophage. La pénurie de praticiens dans le Nord-Pas-de-Calais est un frein au dépistage (48). Dans l'étude de l'INPES, plus le nombre d'actes par jour était élevé, plus le manque de temps était cité comme frein au dépistage. Le sous-dépistage est répandu dans tous les secteurs d'activité. Cependant, certains secteurs semblent privilégiés. Dans les zones favorisées, les patients sont acteurs de leur santé et réclament un dépistage ciblé. Leur niveau de vie leur permet de financer des examens qui ne seraient pas pris en charge par la Sécurité sociale. A l'inverse, une patientèle plus rurale semble n'avoir recours au médecin traitant que par nécessité, bien loin des politiques de prévention. Pour certains même, côtoyer le monde médical pourrait déclencher des maladies.

La représentation du patient ostéoporotique n'est pas identique pour chaque médecin. Elle dépend de sa formation théorique et de son expérience clinique. Pour la plupart des médecins généralistes, le patient ostéoporotique est une femme maigre et ménopausée. La corticothérapie a été le facteur de risque le plus cité. Elle est la première cause d'ostéoporose secondaire (52). Le risque de chute a été rarement évoqué. Or, 90 % des fractures de hanche chez les personnes âgées sont le résultat d'une chute (32) et un tiers des sujets de plus de 65 ans font au moins une chute par an (30).

Paradoxalement, la douleur semble être un critère de recherche d'ostéoporose pour quelques médecins. Pourtant, ils semblent tous connaître le caractère asymptomatique de la pathologie avant l'événement fracturaire.

L'ostéoporose masculine est peu connue des médecins généralistes et largement sous-dépiquée. Pourtant, 15 % des hommes de plus de 50 ans feront une fracture ostéoporotique au cours de leur vie. Un tiers des fractures du col du fémur surviennent chez l'homme et le taux de mortalité est deux à trois fois plus élevé que chez la femme (53). Les médecins interrogés n'ont pas évoqué spontanément l'ostéoporose masculine au cours des entretiens. Certains n'avaient jamais entendu parler de densitométrie osseuse pour l'homme. Pourtant, quelques médecins ont déclaré s'intéresser de plus en plus à ce qu'ils considèrent comme un phénomène. Deux à trois patients ostéoporotiques ont été retrouvés dans chaque patientèle de médecins concernés. Le diagnostic était généralement fait par le spécialiste ou en milieu hospitalier. Dans cette étude, seulement 14,8 % des médecins dépistaient l'ostéoporose masculine au même titre que les femmes. Elle n'était recherchée que sur points d'appel par 44,4 % d'entre eux. Les facteurs de risque cités étaient les fractures y compris les fractures vertébrales, la corticothérapie, l'alcool et le tabac. Les traitements anti-androgéniques utilisés dans le cancer de la prostate n'ont jamais été cités. Pourtant, ils constituent une cause bien établie d'ostéoporose et d'augmentation du risque de fractures (54)(55).

La déminéralisation osseuse radiographique semble être également un point d'appel pour certains. La radiographie standard n'est pas l'examen de référence pour évaluer la densité minérale osseuse. Cet examen est peu sensible. L'hypertransparence osseuse correspond à une perte de densité minérale osseuse de l'ordre de 30 %. La radiographie reste cependant l'examen de référence pour le diagnostic des fractures vertébrales (34).

L'infection par le VIH est un facteur de risque pour l'os (56)(57). Les malades infectés par le VIH ont 3,7 fois plus d'ostéoporose et 6,4 fois plus d'ostéopénie que les témoins. Sur 10 études comparant les malades sous anti-rétroviraux aux malades non traités, ceux sous anti-rétroviraux (odds ratio OR=2,4) et notamment sous anti-protéases (OR=1,6) ont un risque plus élevé. Pour le risque fracturaire, les femmes infectées sont moins atteintes que les hommes. Un des médecins interrogés en entretien semi-directif suivait une population séropositive pour le VIH. Ces résultats concordent avec sa pratique. Il déclarait avoir des patients ostéopéniques à 30 ans et ostéoporotiques à 40 ans et suivre beaucoup plus d'hommes que de femmes. Il

prescrivait une densitométrie osseuse à tous ses patients et ne rencontrait pas de problèmes pour le remboursement de l'examen. Il est probable que cet examen soit remboursé dans le cadre d'une affection de longue durée. Le VIH ne figure pas dans les critères de remboursement de l'HAS 2006 (10).

L'événement fracturaire bien que tardif est un élément important que le praticien doit souligner. Les filières de soins ont été étudiées (58)(59). Toutes ont montré l'intérêt du dépistage après un traumatisme de faible énergie. La sensibilisation des traumatologues et des urgentistes, l'importance des courriers de transmission entre les médecins ont été démontrées (60). La fracture du poignet est un point d'appel précoce qu'il ne faut pas manquer (61). Pourtant, elle est peu souvent associée à l'ostéoporose. Cette fracture de survenue précoce est souvent banalisée voire oubliée. L'autre difficulté est de penser à renouveler le dépistage à plus long terme.

La sensibilisation de la population par la radio, les journaux, Internet est ressentie par les médecins. L'abord du sujet en consultation est souvent fait par le patient qui, informé par les médias, une voisine ou un membre de sa famille, souhaite réaliser une densitométrie osseuse. Les médecins généralistes ont une vision plutôt péjorative de cette médiatisation. Ils ont expliqué devoir négocier avec leurs patients la non-réalisation de l'examen qui s'avère inutile sans facteurs de risque. L'annonce du non-remboursement n'est pas un frein dans tous les secteurs, en particulier pour une population de niveau de vie plus aisé. Celui-ci est cependant un obstacle pour une action de prévention généralisée à toute la population.

La standardisation des pratiques est un élément important pour développer le dépistage. La difficulté principale pour l'omnipraticien est de penser au dépistage. Les médecins sensibilisés au dépistage ne considèrent pas cette activité comme chronophage. La recherche d'une perte de taille historique est un examen facile à reproduire en consultation de médecine générale. L'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique recommande de réaliser une évaluation morphologique par radiographie standard ou VFA chez les patientes ménopausées en cas de dorsalgies, perte de taille supérieure ou égale à 4 cm (taille historique par rapport à la taille à 20 ans ou à la taille sur la carte d'identité), perte de taille prospective

supérieure ou égale à 2 cm, antécédent de fracture vertébrale ou maladies chroniques avec risque important de fractures vertébrales (12). Or, seulement 29,6 % des médecins de l'étude ont déclaré mesurer leurs patients régulièrement. Pourtant, tous possèdent une toise. L'argument principal avancé est le manque de sensibilisation et de formation, particulièrement ressenti par les jeunes médecins lors de leur stage chez le praticien.

Par ailleurs, 37 % des médecins associent la fracture vertébrale à un phénomène de vieillissement et la considèrent comme une fatalité. La mesure de la taille est controversée par 29,6 % des médecins, soit car trop tardive, soit en raison du doute qu'il peut exister sur la mesure antérieure (la mesure sur la carte d'identité étant déclarative). De plus, 18,5 % d'entre eux ont déclaré que la mesure de la taille à l'âge adulte était vécue de manière péjorative par les patients. Certains ont déjà rencontré une réticence des patients au déshabillage. Une étude réalisée au CHRU de Lille chez des patients de plus de 50 ans hospitalisés en traumatologie pour une fracture périphérique d'allure ostéoporotique retrouvait des fractures vertébrales chez 54,6 % des patients (par radiographie standard) (62). L'intérêt de la prise de la tension artérielle est entré dans les mœurs contrairement à la mesure de la taille. La standardisation des pratiques par la mesure régulière de la taille des adultes comme la prise de la tension artérielle est un outil simple pour le praticien. La formation des médecins et la sensibilisation de la population à la mesure de la taille pourraient améliorer le dépistage de l'ostéoporose.

Les logiciels informatiques facilitent la standardisation des pratiques. Ils incitent à mesurer les patients. Certains médecins ont déclaré que l'informatisation récente de leur cabinet a favorisé la tenue des dossiers. Par contre, les alarmes ou les notes ne semblent pas être une aide. Cependant, une revue de littérature publiée en 2010 retrouvait un attrait limité des professionnels, y compris des plus jeunes, pour les techniques de communication et d'information (63).

Les sites d'information sur l'ostéoporose comme le GRIIO sont peu connus. Seulement 11 % des médecins se sont déjà connectés au moins une fois. Leur source d'information est la participation à une formation médicale continue. La

connaissance et l'utilisation d'autres sites d'information comme APOROSE pourraient faire évoluer les pratiques.

L'examen de référence pour le dépistage de l'ostéoporose est la densitométrie osseuse (64)(65). Il existe un gradient entre la diminution de la DMO et l'augmentation du risque de fracture (12). L'HAS a défini en 2006 des critères de remboursement de l'ostéodensitométrie par la Sécurité sociale. Parmi les médecins interrogés, 44,4 % ont déclaré ne pas les connaître. Cependant, la méconnaissance des critères ne semble pas être un frein à la prescription. De plus, 11 % des médecins proposent une densitométrie de manière systématique à toutes les femmes ménopausées. Aux Etats Unis, l'United States Preventive Services Task Force, la National Osteoporosis Foundation et l'American Association of Clinical Endocrinologists recommandent un dépistage systématique de la femme à partir de 65 ans.

Certains médecins considèrent que la densitométrie n'est pas un examen fiable. La densitométrie osseuse est peu sensible : certaines fractures surviennent chez des patients ayant une densité osseuse normale. La majorité des fractures de fragilité surviennent chez des patientes ostéopéniques (38). Ce manque de sensibilité de l'ostéodensitométrie associé au manque de confiance dans la thérapeutique sont des freins au dépistage de l'ostéoporose pour beaucoup de médecins. D'autre part, la densitométrie osseuse chez l'homme n'est prescrite que de manière exceptionnelle. Les recommandations de l'HAS pour la prescription d'une ostéodensitométrie chez l'homme ne sont pas intégrées par les médecins.

Les médecins généralistes ont adopté une attitude de prévention vis-à-vis de l'ostéoporose. L'apport journalier recommandé en calcium est de 1200 mg. Les auto-questionnaires d'apports calciques comme l'auto-questionnaire de Fardellone disponible sur le site du GRIO sont peu utilisés en pratique courante. Les médecins évaluent les apports calciques par une question simple sur la prise alimentaire de 3 produits laitiers par jour. En cas d'apports insuffisants, les compléments calciques sont recommandés. Beaucoup de médecins ont spontanément évoqué la vitamine D dans la prévention de l'ostéoporose. Il existe un effet mode de la supplémentation vitaminique renforcé par la peur des traitements anti-ostéoporotiques. La vitamine D

est synthétisée par la peau lors de l'exposition solaire. En France, comme partout dans le monde, l'hypovitaminose D touche toute la population avec un gradient Nord-Sud (66). L'apport journalier recommandé est de 800 UI. Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus sur les modalités de supplémentation vitaminique de l'adulte. L'activité physique a été également souvent citée par les médecins interrogés. L'INPES et le Programme National Nutrition Santé recommandent 30 minutes de marche quotidienne et 3 séances d'une heure par semaine d'activité physique en charge. Une thèse quantitative réalisée en 2012 à Lille retrouvait des résultats similaires : la majorité des médecins généralistes croyaient en l'efficacité des règles hygiéno-diététiques mais seulement la moitié en l'efficacité du traitement médicamenteux. L'observance des traitements de l'ostéoporose n'était pas une priorité pour la majorité d'entre eux (11). Les règles hygiéno-diététiques et la supplémentation vitaminique semblent bien acceptées par les médecins qui ne redoutent pas les effets secondaires. Les doutes concernant les thérapeutiques les incitent à ne plus dépister mais à prévenir.

CONCLUSION

Le médecin généraliste a conscience de la relation de proximité avec ses patients qui le place au cœur de la prévention de santé. L'activité de dépistage, facilitée par les campagnes de dépistage de masse, n'est pas standardisée. La pratique du dépistage varie en fonction des zones d'activité. Intégrer et faire accepter le dépistage en consultation courante est un enjeu pour le médecin traitant. La principale difficulté en pratique quotidienne est de penser à dépister.

La gravité de l'ostéoporose est sous-estimée par le médecin généraliste et son patient. L'ostéoporose est souvent considérée comme une fatalité liée au vieillissement. Les patients sont généralement réticents au dépistage. L'évolution insidieuse et les complications à long terme de cette pathologie contribuent au sous-dépistage.

L'ostéoporose est systématiquement associée à la femme ménopausée. L'ostéoporose masculine est méconnue. La corticothérapie est le facteur de risque le plus cité. Les risques de chute sont peu évalués. Les hommes sous anti-androgéniques ne sont pas dépistés. Pourtant, les patients séropositifs pour le VIH sont bien dépistés par les médecins sensibilisés.

L'effet mode de l'ostéoporose est passé depuis l'abandon progressif des traitements hormonaux substitutifs. Les traitements anti-ostéoporotiques sont mal connus et mal perçus par les médecins généralistes. Ils les associent au business pharmaceutique. La médiatisation des effets secondaires des traitements a compliqué la prise en charge.

Des outils simples comme la mesure de la taille, l'exploitation des logiciels médicaux et la consultation de sites de référence sont des aides non négligeables. La standardisation du dépistage pourrait améliorer les pratiques.

Les médecins généralistes connaissent mal les critères de remboursement de l'ostéodensitométrie définis par l'HAS en 2006. Pourtant, ce n'est pas un frein à la prescription. Les deux principaux freins sont la peur des thérapeutiques et la mauvaise compliance des patients. Les doutes ont incité les médecins à se tourner vers une prévention de l'ostéoporose par les apports vitamino-calciques et l'activité physique en charge.

L'approche qualitative a permis une meilleure compréhension du sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale. La deuxième partie de ce travail développe les freins au dépistage de l'ostéoporose et propose des solutions visant à l'améliorer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la santé. Evaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post ménopausique. Série de rapports techniques 843, Genève, OMS 1994.
2. Reginster J-Y, Burlet N. Osteoporosis: A still increasing prevalence. *Bone*. févr 2006;38(2, Supplement 1):4-9.
3. International Osteoporosis Foundation. Facts and Statistics [Internet]. Disponible sur: <http://www.iofbonehealth.org/facts-statistics>
4. Bliuc D, Nguyen ND, Milch VE, Nguyen TV, Eisman JA, Center JR. MOrtality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. *JAMA*. 4 févr 2009;301(5):513-521.
5. Funck-Brentano T, Orcel P. Ostéoporose. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2010;5(3):1-12.
6. Fechtenbaum J. Morphométrie vertébrale par densitométrie. *J Radiol*. oct 2009;90(10):1386.
7. Guggenbuhl P. Ostéoporose de l'homme et de la femme : est-ce vraiment différent ? *Rev Rhum*. nov 2009;76(10-11):952-958.
8. Riggs BL, Melton LJ 3rd. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone*. nov 1995;17(5 Suppl):505S-511S.
9. Rousière M. De l'importance de prendre en charge l'ostéoporose. *Presse Médicale*. oct 2011;40(10):900-909.
10. Haute Autorité de Santé. Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. 2006 juill.
11. Havet D. L'observance dans l'ostéoporose, le point de vue du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
12. Briot K, Cortet B, Thomas T, Audran M, Blain H, Breuil V, et al. Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. *Rev Rhum*. mai 2012;79(3):264-274.
13. Danet S. L'état de santé de la population en France. Rapport 2011. *Drees*. juin 2012;(805):314-315.

14. Bernard Cortet, Briot K, Audran M. L'ostéoporose masculine: savoir y penser, savoir la traiter. *Lett Rhumatol.* déc 2007;(337).
15. Melton LJ 3rd, Chrischilles EA, Cooper C, Lane AW, Riggs BL. Perspective. How many women have osteoporosis? *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* sept 1992;7(9):1005-1010.
16. Blain H. L'ostéoporose masculine: épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, prévention et traitement. *Rev Médecine Interne.* déc 2004;25, Supplement 5:S552-S559.
17. Cauley JA, Wampler NS, Barnhart JM, Wu L, Allison M, Chen Z, et al. Incidence of fractures compared to cardiovascular disease and breast cancer: the Women's Health Initiative Observational Study. *Osteoporos Int.* 1 déc 2008;19(12):1717-1723.
18. International Osteoporosis Foundation. Réagir face aux fractures [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.iofbonehealth.org/capture-fracture-report-2012>
19. C Baudoin. Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Epidémiologie et impact économique: Fractures de l'extrémité supérieure du fémur. *Presse Med.* 1997;26(30):1451-1456.
20. Meunier PJ. Introduction: les défis épidémiologiques et thérapeutiques de l'ostéoporose. *Rev Rhum.* juin 2005;72, Supplement 1:S1-S3.
21. Dargent-Molina P. Aspects épidémiologiques des fractures ostéoporotiques. *Cah Année Gériatologique.* 1 sept 2009;1(3):164-171.
22. Maravic M, Bihan CL, Landais P, Fardellone P. Incidence and cost of osteoporotic fractures in France during 2001. A methodological approach by the national hospital database. *Osteoporos Int.* 1 déc 2005;16(12):1475-1480.
23. Holroyd C, Cooper C, Dennison E. Epidemiology of osteoporosis. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* oct 2008;22(5):671-685.
24. Cooper C. The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. *Am J Med.* 18 août 1997;103(2, Supplement 1):S12-S19.
25. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA 3rd, Berger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: a summary of the literature and statistical synthesis. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* avr 2000;15(4):721-739.
26. Genant H, Bouxsein M, Chapurlat R, Devogelaer J, Roux C. Prise en charge des fractures vertébrales. *Int Osteoporos Found.* mars 2011;
27. Briançon D, de Gaudemar J-B, Forestier R. La prise en charge médicale de l'ostéoporose après fractures périphériques chez la femme de plus de 50 ans. *Rev Rhum.* mars 2004;71(3):216-219.

28. Malochet-Guinamand S, Chalard N, Billault C, Breuil N, Ristori J-M, Schmidt J. Après une fracture périphérique survenant chez une femme ménopausée : comment est faite la prise en charge de l'ostéoporose et quel est l'impact de l'information donnée au médecin généraliste ? *Rev Rhum.* déc 2005;72(12):1320-1325.
29. Pot-Vaucel. Importance du dépistage de la fracture de côte dans la prise en charge de l'ostéoporose. 2009.
30. Dargent-Molina P, Bréart G. Epidemiology of falls and fall-related injuries in the aged. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 1995;43(1):72-83.
31. Dargent-Molina P. Épidémiologie et facteurs de risque d'ostéoporose. *Rev Médecine Interne.* déc 2004;25, Supplement 5:S517-S525.
32. Dargent-Molina P, Favier F, Grandjean H, Baudoin C, Schott AM, Hausherr E, et al. Fall-related factors and risk of hip fracture: the EPIDOS prospective study. *Lancet.* 20 juill 1996;348(9021):145-149.
33. Haute Autorité de Santé. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. 2005.
34. Orcel P. Recommandations de l'ANAES sur le diagnostic de l'ostéoporose. *Lett Rhumatol.* sept 2003;(294):8-12.
35. COFER: Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Item 56: Ostéoporose [Internet]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org>
36. Leslie WD, Adler RA, El-Hajj Fuleihan G, Hodsman AB, Kendler DL, McClung M, et al. Application of the 1994 WHO classification to populations other than postmenopausal Caucasian women: the 2005 ISCD Official Positions. *J Clin Densitom Off J Int Soc Clin Densitom.* mars 2006;9(1):22-30.
37. Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. *BMJ.* 18 mai 1996;312(7041):1254-1259.
38. Schuit SCE, van der Klift M, Weel AEAM, de Laet CEDH, Burger H, Seeman E, et al. Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. *Bone.* janv 2004;34(1):195-202.
39. Cortet B. Diagnostic de l'ostéoporose: quels examens biologiques faut-il faire ? *Presse Médicale.* oct 2006;35(10, Part 2):1540-1542.
40. Grados F, Fechtenbaum J, Flipon E, Kolta S, Roux C, Fardellone P. Radiographic methods for evaluating osteoporotic vertebral fractures. *Joint Bone Spine.* mai 2009;76(3):241-247.
41. Schousboe JT, Vokes T, Broy SB, Ferrar L, McKiernan F, Roux C, et al. Vertebral Fracture Assessment: the 2007 ISCD Official Positions. *J Clin Densitom Off J Int Soc Clin Densitom.* mars 2008;11(1):92-108.

42. Lespessailles É, Cotté F-E, Roux C, Fardellone P, Mercier F, Gaudin A-F. Prévalence et caractéristiques de l'ostéoporose dans la population générale en France : l'étude Instant. *Rev Rhum.* juill 2009;76(7):685-692.
43. Payard A. Evaluation de la pratique du dépistage de l'ostéoporose féminine en médecine générale: enquête auprès de 150 médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.
44. Ammi M, Peyron C. Incitations à l'offre de prévention et préférences en médecine générale : l'apport de la méthode DCE. *Économie Publique* *Public Econ.* 2 déc 2010;(24-25):129-155.
45. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* juin 2013;61(3):193-198.
46. Haut Conseil de Santé Publique. Consultation de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. 2009.
47. Desjeux G, Balaire C, Duhot P, Defrance-Jublot P, Codaccioni A. Évaluation de la prise en charge de l'ostéodensitométrie de dépistage. *Prat Organ Soins.* 1 mars 2009;Vol. 40(1):19-24.
48. INPES. Baromètre santé médecins/pharmaciens. 2003.
49. Blain H, Chevallier S, Nogué E, Picot M-C, Amouyal M, Lognos B, et al. Évaluation de la pratique des médecins généralistes pour le dépistage et le traitement de l'ostéoporose chez les femmes de 60ans et plus. *Rev Rhum.* déc 2013;80(6):594-598.
50. Haute Autorité de Santé. Protelos Commission de la Transparence. 2011.
51. Chakroun R, Milhabet I. Conflits d'intérêts des leaders d'opinion médicaux : effets sur la confiance du grand public et des médecins généralistes. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* août 2011;59(4):233-242.
52. Perrot S, Le Jeune C. Ostéoporose cortisonique. *Presse Médicale.* avr 2012;41(4):406-413.
53. Briot K, Cortet B, Trémollières F, Sutter B, Thomas T, Roux C, et al. Ostéoporose masculine : démarche diagnostique. Identification des hommes à risque de fracture et identification des patients nécessitant un traitement. *Rev Rhum.* mars 2009;76(3):216-221.
54. Cortet B, Lartigau E, Caty A, Moulinier F, Staerman F, Villamizar-Vesga J, et al. Suppression androgénique dans le cancer de la prostate et risque ostéoporotique. *Prog En Urol.* sept 2012;22, Supplement 2:S31-S38.
55. Irani J. Prise en charge des effets secondaires de l'hormonoprivation androgénique. *Oncologie.* 1 nov 2008;10(11):661-665.

56. Paccou J, Viget N, Legroux-Gérot I, Yazdanpanah Y, Cortet B. Les ostéopathies fragilisantes des patients infectés par le VIH. *Rev Rhum.* déc 2009;76(12):1293-1298.
57. Alcaix D. Manifestations rhumatologiques de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine. *EMC-Appar Locomoteur.* 2013;8(3):1-14.
58. Université Jean Monnet (Saint-Étienne)., Boudou L. Evaluation de l'adhésion au traitement de l'ostéoporose instaure dans le cadre d'une filière de soins inter-services dédiée. Saint-Etienne: faculté de médecine; 2008.
59. Ait-Abdesselam T, Lamacz A, Titz S, Micaud G, Biga N, Le-Loët X, et al. Prévention secondaire de l'ostéoporose fracturaire: résultats à un an d'une filière de prise en charge des patients fracturés. *Rev Rhum.* nov 2006;73(10-11):1140-1141.
60. Thomas T, Feron J-M, Delmas P-D, Kaufman J, Tosi L, Cummings S, et al. Prise en charge optimale des patients présentant une fracture de fragilité et rôle du chirurgien orthopédiste. *avr 2006;92:165-174.*
61. Cuddihy M GS. Osteoporosis intervention following distal forearm fractures: A missed opportunity? *Arch Intern Med.* 25 févr 2002;162(4):421-426.
62. Legroux-Gérot I. Prévalence des fractures vertébrales chez les patients hospitalisés en traumatologie pour une fracture périphérique: dépistage par radiographie standard et « vertebral fracture assessment » [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2010.
63. Karsenti T, Charlin B. Analyse des impacts des technologies de l'information et de la communication sur l'enseignement et la pratique de la médecine. *Pédagogie Médicale.* 13 déc 2010;11(2):127-141.
64. Blain H. Faut-il dépister l'ostéoporose du sujet âgé ? *Rev Médecine Interne.* avr 2008;29(4):269-270.
65. Guggenbuhl P, Dufour R, Liu-Léage S, Sapin H, Cortet B. Efficacité de la mesure de densité osseuse par absorptiométrie biphotonique à rayons X pour le diagnostic de l'ostéoporose selon les recommandations françaises : l'étude Presage. *Rev Rhum.* oct 2011;78(5):465-471.
66. Personne V, Partouche H, Souberbielle J-C. Insuffisance et déficit en vitamine D : épidémiologie, indications du dosage, prévention et traitement. *Presse Médicale.* oct 2013;42(10):1334-1342.

ANNEXES

Annexe 1 : Les principaux facteurs de risque de fragilité osseuse

- les antécédents familiaux : l'existence d'une fracture du col fémoral chez un parent au premier degré
- les antécédents personnels fracturaires
- l'âge
- le sexe féminin
- le type caucasien
- la ménopause précoce : avant 40 ans
- l'aménorrhée primaire ou secondaire
- le faible indice de masse corporelle : inférieur à 19 kg/m²
- la carence d'apport calcique : l'apport journalier recommandé est de 1200 mg par jour.
- la carence en vitamine D : l'apport journalier recommandé est de 800 UI à 1000 UI par jour.
- la corticothérapie : une dose cumulée supérieure à 7.5 mg par jour d'équivalent prednisone pendant au moins 3 mois consécutifs
- les autres traitements inducteurs d'ostéoporose : les anti-aromatases, les anti-androgènes, les analogues de la GnRH
- les affections inductrices d'ostéoporose : l'hyperparathyroïdie primitive, l'hyperthyroïdie, l'hypercorticisme, l'hypogonadisme, l'ostéogénèse imparfaite, les maladies inflammatoires chroniques (spondylarthropathie, polyarthrite rhumatoïde, entérocolopathies inflammatoires), la BPCO, les maladies de l'appareil digestif (gastrectomie, syndrome de malabsorption, maladie cœliaque...), le VIH
- le tabagisme et l'intoxication alcoolique
- l'immobilisation prolongée
- les troubles de l'acuité visuelle et les troubles neuromusculaires

Annexe 2 : Les facteurs de risque de chute

- Facteurs intrinsèques :
 - âge (plus de 80 ans)
 - antécédents de chutes dans l'année précédente
 - troubles locomoteurs et neuromusculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, trouble de la marche, équilibre postural et / ou dynamique altéré
 - baisse de l'acuité visuelle
 - baisse de l'audition
 - prise de médicaments : psychotropes, poly-médication (au-delà de 4)
 - pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence notamment urinaire par impériosité

- Facteurs extrinsèques :
 - facteurs comportementaux : sédentarité, consommation d'alcool, malnutrition
 - facteurs environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (canne), prise de risque, habitat mal adapté

Annexe 3 : Test rapide du risque d'ostéoporose de l'IOF

Ce que vous ne pouvez pas changer :

. Vos antécédents familiaux

1. A-t-on diagnostiqué de l'ostéoporose chez votre père ou votre mère ; ou l'un d'eux s'est-il fracturé le col du fémur à la suite d'un choc ou d'une chute sans gravité ?

oui non

2. Un de vos parents est-il voûté ?

oui non

. Vos facteurs cliniques personnels

Ceux-ci sont des facteurs de risque fixes avec lesquels on est né ou qu'on ne peut pas changer. Mais cela ne veut pas dire qu'ils doivent être ignorés. Il est important de se rendre compte des risques fixes afin de prendre les mesures nécessaires à la réduction de la perte osseuse.

3. Avez-vous 40 ans ou plus ?

oui non

4. Vous êtes-vous fracturé un os à la suite d'un choc ou d'une chute sans gravité ?

oui non

5. Tombez-vous fréquemment (plus d'une fois par an) ou craignez-vous de tomber parce que vous vous sentez frêle ?

oui non

6. Votre taille a-t-elle diminué de plus de 3 cm après l'âge de 40 ans ?

oui non

7. Etes-vous trop maigre (votre IMC est-il inférieur à 19 kg/m²) ?

oui non

8. Avez-vous pris des corticoïdes (cortisone, prednisone, etc.) pendant plus de 3 mois consécutifs (les corticoïdes sont souvent prescrits dans les cas d'asthme, polyarthrite rhumatoïde et certaines maladies inflammatoires) ?

oui non

9. Souffrez-vous de polyarthrite rhumatoïde ?

oui non

10. Souffrez-vous d'hyperthyroïdie ou d'hyperparathyroïdie ?

oui non

Pour les femmes : questions 11 à 13 puis 15 à 19

(pour les hommes, passez directement aux questions 14 à 19)

11. Pour les femmes de plus de 45 ans : Votre ménopause a-t-elle commencé avant l'âge de 45 ans ?

oui non

12. Vos règles se sont-elles interrompues pendant 12 mois consécutifs ou plus (pour une autre raison que la grossesse, la ménopause, ou une hystérectomie) ?

oui non

13. Avez-vous subi une ablation des ovaires avant l'âge de 50 ans, sans prendre de traitement hormonal substitutif ?

oui non

**Pour les hommes
(pour les femmes, passez
directement aux questions 15 à 19)**

14. Avez-vous souffert d'impuissance, d'un manque de libido ou d'autres symptômes liés à un faible taux sanguin de testostérone ?

oui non

Ce que vous pouvez changer

. Votre style de vie

Facteurs de risque modifiables qui surviennent principalement en raison des choix de régime ou de style de vie.

15. Buvez-vous régulièrement de l'alcool au-delà des limites raisonnables (plus de 2 unités d'alcool par jour) ?

Bière ou cidre (4 % d'alcool) : 250 ml = 1 unité

Vin (12.5 % d'alcool) : 80 ml = 1 unité

Spiritueux (40 % d'alcool) : 25 ml = 1 unité

oui non

16. Fumez-vous, ou avez-vous régulièrement fumé des cigarettes ?

oui non

17. Est-ce que votre niveau d'activité physique est inférieur à 30 minutes par jour (ménage, jardinage, marche, footing, etc.) ?

oui non

18. Évitez-vous, ou êtes-vous allergique au lait ou aux produits laitiers, sans prendre un supplément de calcium ?

oui non

19. Passez-vous moins de 10 minutes par jour à l'extérieur (en exposant une partie de votre corps au soleil), sans prendre un supplément de vitamine D ?

oui non

Annexe 4 : Canevas d'entretien n°1

1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale ? (rôle du médecin généraliste)

2) Que pensez-vous de la mesure systématique de la taille chez les adultes (hommes et femmes) en pratique quotidienne ?

3) Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose dans votre pratique de dépistage ?

- beaucoup d'études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose, qu'en pensez-vous ?

- et l'ostéoporose masculine ?

4) Votre pratique de dépistage de l'ostéoporose :

- quand y pensez-vous ?

- comment réalisez-vous ce dépistage en consultation ?

- quels outils utilisez-vous ?

5) Quelles difficultés rencontrez-vous en médecine générale pour dépister l'ostéoporose ? (freins au dépistage)

6) Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique de dépistage de l'ostéoporose ?

Remettre aux participants l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post ménopausique et le test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation à la fin de l'entretien.

Annexe 5 : Canevas d'entretien n°2

1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale ? (rôle du médecin généraliste)

2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes en pratique quotidienne ? (hommes et femmes)

3) Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose dans votre pratique de dépistage ?

- beaucoup d'études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose, vous sentez vous concernés ?

- comment l'expliquez-vous ?

- et l'ostéoporose masculine ?

4) Votre pratique de dépistage de l'ostéoporose :

- qui aborde le sujet en consultation ?

- quelle population dépistez-vous ?

- comment réalisez-vous ce dépistage en consultation ?

- quelles aides matérielles utilisez-vous ?

5) Quelles difficultés rencontrez-vous en médecine générale pour dépister l'ostéoporose ? (freins au dépistage)

6) Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique de dépistage de l'ostéoporose ?

Remettre aux participants l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post ménopausique et le test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation à la fin de l'entretien.

Annexe 6 : Canevas d'entretien n°3

1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale ? (rôle du médecin généraliste)

2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes en pratique quotidienne ? (hommes et femmes)

3) Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose dans votre pratique de dépistage ?

- beaucoup d'études ont montré un sous-dépistage de l'ostéoporose, vous sentez vous concernés ?

- comment l'expliquez-vous ?

- et l'ostéoporose masculine ?

4) Votre pratique de dépistage de l'ostéoporose :

- qui aborde le sujet en consultation ?

- quelle population dépistez-vous ?

- comment réalisez-vous ce dépistage en consultation ?

- quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?

5) Quelles difficultés rencontrez-vous en médecine générale pour dépister l'ostéoporose ? (freins au dépistage)

6) Comment pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique de dépistage de l'ostéoporose ?

Remettre aux participants l'actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique et le test rapide du risque d'ostéoporose de l'International Osteoporosis Foundation à la fin de l'entretien.

Annexe 7 : Fiche profil médecin

Entretien n°

- Âge :
- Sexe :
- Zone d'activité :
 - Urbaine
 - Semi-rurale
 - Rurale
- Type d'activité :
 - Gynécologie
 - Pédiatrie
 - Gériatrie
- Recevez-vous les visiteurs médicaux ?
- Participez-vous à des formations médicales continues ?
- E-mail :

Annexe 8 : Formulaire de consentement libre et éclairé

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative sous forme d'entretien individuel ou focus group sur le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale.

J'ai été informé(e) que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Au cours de l'entretien, j'accepte, librement et de façon éclairée, que soient recueillies des données sur mes réponses. Je comprends que les informations recueillies sont strictement personnelles et à usage exclusif des thésards, Ludivine Durand et Coralie Goudaert et du directeur de thèse de l'étude, Docteur Isabelle Bodein.

J'accepte que les données enregistrées par audio lors de l'entretien puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. Tous ces renseignements ne serviront qu'aux seules fins de l'étude. Les enregistrements me concernant seront détruits à la fin du projet dans le respect de la confidentialité.

Fait à _____, le ____ / ____ / _____ signature

Annexe 9 : Tableaux de codage des entretiens semi-directifs

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale?											
reconnu (important)											
dépistage de masse											
on n'y pense pas											
manque de temps, plusieurs motifs de consultation											
fait lors de consultation plus rapide											
peu de réseau de soins											
manque de formation											
le médecin généraliste en première ligne du dépistage											
pas facile (beaucoup de dépistage)											
ce n'est pas la priorité, ne viennent pas pour ça											
2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes?											
non											
associe la perte de taille à la fracture vertébrale											
fracture vertébrale assimilée au phénomène de vieillissement											
n'y pense pas											
aide des étudiants											
oui											
mesure lors du certificat de sport											
ne mesure pas les hommes											
patients non conciliants / vision péjorative de la perte de taille											
mesure de la taille controversée (carte d'identité, toise, trop tard)											

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
3) Sous-dépistage de l'ostéoporose											
<i>Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose?</i>											
dépend de la patientèle : - VIH	■										
- jeunes	■	■								■	
dépend du type d'activité : - milieu favorisé			■								
- campagne (refus de dépistage)								■			
pathologie féminine			■	■	■				■		
suivi par le gynécologue			■				■				
THS et ostéoporose				■	■		■				
important, problème de santé publique majeur					■	■					
aucune											
peu confiance en l'ostéodensitométrie							■			■	■
peu confiance aux traitements --> activité physique, supplémentation vitaminique						■		■			■
business pharmaceutique							■	■		■	■
<i>Vous sentez vous concernés par le sous-dépistage? Comment l'expliquez-vous?</i>											
reconnu	■		■	■	■		■	■	■	■	■
on n'y pense pas, ce n'est pas du systématique				■	■						
dépend des secteurs			■					■		■	
manque de temps			■								
amélioré par le remboursement de l'ostéodensimétrie	■										
ne se sent pas concerné --> dépiste			■			■					
ostéodensitométrie non remboursée de manière systématique						■					
ne fait pas partie des maladies les plus préoccupantes							■	■			
traitements remis en cause							■			■	■
ostéodensitométrie peu fiable							■			■	

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
<i>Et l'ostéoporose masculine?</i>											
cas exceptionnels			■			■				■	
on y pense moins			■		■			■			
plus compliquée à dépister			■					■			
VIH et ostéoporose masculine	■										
l'ostéodensitométrie mal remboursée chez les hommes	■										
commence à s'y intéresser				■							
les traitements pour l'homme ont l'AMM récente, peu d'AMM			■		■						
sur déminéralisation osseuse à la radiographie standard			■			■					
signes d'appel (tabac, alcool, fractures, corticoïdes) non systématique	■		■				■			■	
l'ostéodensitométrie chez l'homme non prescrite par le médecin généraliste			■				■				
l'ostéoporose touche aussi les hommes (ne fait pas de différence)	■							■			■
ne dépiste pas les hommes					■				■		
ne connaît pas bien l'ostéoporose masculine (remboursement, traitements)											
dosage testostéronémie (DALA) 70-75 ans										■	
4) Votre pratique de dépistage											
<i>Qui aborde le sujet en consultation?</i>											
le médecin généraliste					■						■
patientes sensibilisées, demandeuses (magazine / voisine)			■		■		■			■	
patientes douloureuses ("c'est mon ostéoporose qui me fait mal!")					■					■	
médecin de famille et connaissance des antécédents familiaux								■			
les patients à la sortie d'hospitalisation										■	

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
<i>Quelle population dépistez-vous?</i>											
femmes ménopausées			■		■		■	■	■	■	
début de ménopause (point de départ)			■		■		■				
femmes ménopausées et maigres			■	■	■						■
facteurs de risque connus	■			■	■		■			■	
après événements fracturaires	■	■	■		■	■		■		■	■
fractures vertébrales diagnostiquées après chute ou rachialgies			■			■					
corticoïdes	■	■		■	■	■	■	■		■	
intoxication alcool-tabagique	■			■			■			■	
hypertransparence osseuse à la radiographie standard			■			■		■			■
apports calciques faibles						■				■	
patients algiques										■	■
ménopause précoce					■						
<i>Comment réalisez-vous ce dépistage?</i>											
ostéodensitométrie systématique chez les femmes ménopausées à 60 ans			■					■			
ne connaît pas les critères de remboursement		■	■	■	■		■	■	■		
recherche de perte de taille systématique						■					
bilan phosphocalcique, vitamine D		■	■		■	■	■			■	■
ce n'est pas systématique, y penser				■						■	
radiographie du rachis à la recherche de fractures vertébrales	■					■		■			■
mauvaises connaissances des effets de l'hormonothérapie (cancer)							■				
recherche de l'ostéoporose si intention de traiter							■				
ne dépiste pas si aucune plainte du patient											■
il vaut mieux prévenir que guérir --> activité physique, supplémentation vitaminique					■	■		■			■

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
<i>Quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?</i>											
fiche mémo, tablette de laboratoires											
mesure de la taille (toise)											
pas de support informatique (logiciel ostéoporose)											
pas de site Internet											
imc (logiciel)											
questionnaire médical											
site Internet (GRIO)											
notes informatiques, rappels											
<i>5) Quelles sont les difficultés rencontrées en médecine générale?</i>											
manque de temps											
manque de formation											
caractère asymptomatique de la pathologie											
y penser											
vision péjorative des traitements (toxicité)											
traitements inefficaces (lobby)											
mauvaise connaissance thérapeutique / flou thérapeutique											
ostéodensitométrie non remboursée (écueil financier)											
pas de difficultés particulières											
sous-estime la gravité de l'ostéoporose / délai de survenue des fractures											
mauvaise observance du traitement											
refus du patient ("encore un médicament et je ne suis pas malade !"/ toxicité / taille)											
il y a beaucoup de critères de remboursement : mal connus											
manque de sensibilisation, mode : visiteurs médicaux (lobby), FMC, médias											
ostéodensitométrie peu fiable											
ostéodensitométrie peu accessible (prise de rendez-vous difficile, lieu différent)											
les complications de l'ostéoporose sont peu fréquentes											
multiples dépistages											
médecin non formé à la mesure de la taille											

	H1	F1	H2	H3	F2	F3	H4	F4	H5	H6	F5
6) Comment améliorer le dépistage de l'ostéoporose en médecine générale?											
y penser, être vigilant	Orange		Orange	Orange	Orange			Orange	Orange	Orange	
consultation dédiée au dépistage			Vert							Vert	
maîtres de stage, remplaçants, étudiants		Rouge			Rouge					Rouge	
dépistage de masse (mais coût?)	Violet					Violet					
standardiser les pratiques : mesurer la taille des adultes, conduite à tenir HAS		Bleu			Bleu					Bleu	Bleu
améliorer la prise en charge thérapeutique			Violacé		Violacé	Violacé	Violacé			Violacé	
formation sur le dépistage et information		Vert foncé					Vert foncé			Vert foncé	Vert foncé
inclure un fichier "ostéoporose" dans le logiciel					Vert olive					Vert olive	
fiche mémo (facteurs de risque)									Bleu		
sensibiliser la population										Grise	
inclure l'ostéoporose dans les centres de dépistage											
dépistage biologique, recherche											
pallier à la pénurie de médecins			Rose					Rose			
utiliser un auto-questionnaire standard											
avoir des comptes rendus de consultations de gynécologie											
médecine générale avec assistants (vers des maisons de santé pluridisciplinaires?)											
cotations de la Sécurité sociale								Jaune		Jaune	
ne veut pas l'améliorer											Rose
développer les filières de soins											

Annexe 10 : Tableaux de codage du focus group n°1

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale?								
reconnu (important)								Yellow
dépistage de masse		Dark Blue					Dark Blue	
on n'y pense pas	Orange							
manque de temps, plusieurs motifs de consultation	Pink				Pink			
fait lors de consultation plus rapide								
peu de réseau de soins								
manque de formation								
le médecin généraliste en première ligne du dépistage								
pas facile (beaucoup de dépistage)								Green
ce n'est pas la priorité, ne viennent pas pour ça	Blue							
2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes?								
non	Pink				Pink			
associe la perte de taille à la fracture vertébrale				Brown			Brown	
fracture vertébrale assimilée au phénomène de vieillissement		Light Orange					Light Orange	
n'y pense pas								
aide des étudiants								
oui		Dark Red						
mesure lors du certificat de sport		Grey						
ne mesure pas les hommes					Dark Red			
patients non conciliants / vision péjorative de la perte de taille								
mesure de la taille controversée (toise, carte d'identité, trop tard)		Red			Red			Red

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
3) Sous-dépistage de l'ostéoporose								
<i>Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose?</i>								
dépend de la patientèle : - VIH								
- jeunes								
dépend du type d'activité : - milieu favorisé								
- campagne (refus de dépistage)								
pathologie féminine								
suivi par le gynécologue								
THS et ostéoporose								
important, problème de santé publique majeur								
aucune								
peu confiance en l'ostéodensitométrie								
peu confiance aux traitements --> activité physique, supplémentation vitaminique								
business pharmaceutique								
<i>Vous sentez vous concernés par le sous-dépistage? Comment l'expliquez-vous?</i>								
reconnu								
on n'y pense pas, ce n'est pas du systématique								
dépend des secteurs								
manque de temps								
amélioré par le remboursement de l'ostéodensitométrie								
ne se sent pas concerné --> dépiste								
ostéodensitométrie non remboursée de manière systématique								
ne fait pas partie des maladies les plus préoccupantes								
traitements remis en cause								
ostéodensitométrie peu fiable								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
<i>Et l'ostéoporose masculine?</i>								
cas exceptionnels	■			■				■
on y pense moins		■						■
plus compliquée à dépister								
VIH et ostéoporose masculine								
l'ostéodensitométrie mal remboursée chez les hommes								
commence à s'y intéresser								
les traitements pour l'homme ont l'AMM récente, peu d'AMM								
sur déminéralisation osseuse à la radiographie standard			■					
signes d'appel (tabac, alcool, fractures, corticoïdes) non systématique			■	■	■		■	■
l'ostéodensitométrie chez l'homme non prescrite par le médecin généraliste		■			■			
l'ostéoporose touche aussi les hommes (ne fait pas de différence)				■				
ne dépiste pas les hommes		■			■			
ne connaît pas bien l'ostéoporose masculine (remboursement, traitements)	■				■	■		
dosage testostéronémie (DALA) 70-75 ans								
4) Votre pratique de dépistage								
<i>Qui aborde le sujet en consultation?</i>								
le médecin généraliste	■	■		■	■	■		■
patientes sensibilisées, demandeuses (magazine / voisine)		■	■					■
patientes douloureuses ("c'est mon ostéoporose qui me fait mal !")								
médecin de famille et connaissance des antécédents familiaux								
les patients à la sortie d'hospitalisation								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
<i>Quelle population dépistez-vous?</i>								
femmes ménopausées								
début de ménopause (point de départ)								
femmes ménopausées et maigres								
facteurs de risque connus								
après événements fracturaires								
fractures vertébrales diagnostiquées après chute ou rachialgies								
corticoïdes								
intoxication alcoolo-tabagique								
hypertransparence osseuse à la radiographie standard								
apports calciques faibles								
patients algiques								
ménopause précoce								
<i>Comment réalisez-vous ce dépistage?</i>								
ostéodensitométrie systématique chez les femmes ménopausées à 60 ans								
ne connaît pas les critères de remboursement								
recherche de perte de taille systématique								
bilan phosphocalcique, vitamine D								
ce n'est pas systématique, y penser								
radiographie du rachis à la recherche de fractures vertébrales								
mauvaises connaissances des effets de l'hormonothérapie (cancer)								
recherche de l'ostéoporose si intention de traiter								
ne dépiste pas si aucune plainte du patient								
il vaut mieux prévenir que guérir --> activité physique, supplémentation vitaminique								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
<i>Quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?</i>								
fiche mémo, tablette des laboratoires								
mesure de la taille (toise)								
pas de support informatique								
pas de site Internet								
imc (logiciel)								
questionnaire médical								
site Internet (GRIO)								
notes informatiques, rappels								
<i>5) Quelles sont les difficultés rencontrées en médecine générale?</i>								
manque de temps								
manque de formation								
caractère asymptomatique de la pathologie								
y penser								
vision péjorative des traitements (toxicité)								
traitements inefficaces (lobby)								
mauvaise connaissance thérapeutique / flou thérapeutique								
ostéodensitométrie non remboursée (écueil financier)								
pas de difficultés particulières								
sous-estime la gravité de l'ostéoporose / délai de survenue des fractures								
mauvaise observance du traitement								
refus du patient ("encore un médicament et je ne suis pas malade !"/ toxicité / taille)								
il y a beaucoup de critères de remboursement : mal connus								
manque de sensibilisation, mode : visiteurs médicaux (lobby), FMC, médias								
ostéodensitométrie peu fiable								
ostéodensitométrie peu accessible (prise de rendez vous difficile, lieu différent)								
les complications de l'ostéoporose sont peu fréquentes								
multiples dépistages								
médecin non formé à la mesure de la taille								

	FGH1	FGF1	FGH2	FGF2	FGH3	FGF3	FGH4	FGH5
6) Comment améliorer le dépistage de l'ostéoporose en médecine générale?								
y penser, être vigilant		orange						
consultation dédiée au dépistage	green							
maitres de stage, remplaçants, étudiants	red							
dépistage de masse (mais coût?)					purple		purple	
standardiser les pratiques : mesurer la taille des adultes, conduite à tenir HAS	blue				blue			
améliorer la prise en charge thérapeutique								
formation sur le dépistage et information	darkgreen					darkgreen		darkgreen
inclure un fichier "ostéoporose" dans le logiciel								
fiche mémo (facteurs de risque)								
sensibiliser la population		grey			grey			
inclure l'ostéoporose dans les centres de dépistage					green			
dépistage biologique, recherche			lightblue				lightblue	
pallier à la pénurie de médecins					red			
utiliser un auto-questionnaire standard	grey				grey			
avoir des comptes rendus de consultations de gynécologie		lightgreen						
médecine générale avec assistants (vers des maisons de santé pluridisciplinaires?)								
cotations de la Sécurité sociale								
ne veut pas l'améliorer								
développer les filières de soins								

Annexe 11 : Tableaux de codage du focus group n°2

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
1) Que pensez-vous du dépistage en médecine générale?								
reconnu (important)	■				■			
dépistage de masse					■			
on n'y pense pas								
manque de temps, plusieurs motifs de consultation	■							
fait lors de consultation plus rapide			■					
peu de réseau de soins								
manque de formation	■			■				
le médecin généraliste en première ligne du dépistage	■			■	■			
pas facile (beaucoup de dépistage)								
ce n'est pas la priorité, ne viennent pas pour ça			■					
2) Que pensez-vous de la mesure régulière des adultes?								
non	■			■			■	
associe la perte de taille à la fracture vertébrale					■			■
fracture vertébrale assimilée au phénomène de vieillissement			■		■			
n'y pense pas				■				
aide des étudiants								
oui		■				■		■
mesure lors du certificat de sport	■							
ne mesure pas les hommes								
patients non conciliants / vision péjorative de la perte de taille		■				■		
mesure de la taille controversée (toise, carte d'identité, trop tard)		■				■		

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
3) Sous-dépistage de l'ostéoporose								
<i>Quelle importance donnez-vous à l'ostéoporose?</i>								
dépend de la patientèle : - VIH								
- jeunes								
dépend du type d'activité : - milieu favorisé								
- campagne (refus de dépistage)								
pathologie féminine								
suit par le gynécologue								
THS et ostéoporose								
important, problème de santé publique majeur								
aucune								
peu confiance en l'ostéodensitométrie								
peu confiance aux traitements --> activité physique, supplémentation vitaminique								
business pharmaceutique								
<i>Vous sentez vous concernés par le sous-dépistage? Comment l'expliquez-vous?</i>								
reconnu								
on n'y pense pas, ce n'est pas du systématique								
dépend des secteurs								
manque de temps								
amélioré par le remboursement de l'ostéodensitométrie								
ne se sent pas concerné --> dépiste								
ostéodensitométrie non remboursée de manière systématique								
ne fait pas partie des maladies les plus préoccupantes								
traitements remis en cause								
ostéodensitométrie peu fiable								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
<i>Et l'ostéoporose masculine?</i>								
cas exceptionnels		■						
on y pense moins							■	
plus compliquée à dépister			■					
VIH et ostéoporose masculine								
l'ostéodensitométrie mal remboursée chez les hommes								
commence à s'y intéresser								
les traitements pour l'homme ont l'AMM récente, peu d'AMM			■					
sur déminéralisation osseuse à la radiographie standard								
signes d'appel (tabac, alcool, fractures, corticoïdes) non systématique		■						
l'ostéodensitométrie chez l'homme non prescrite par le médecin généraliste	■		■					■
l'ostéoporose touche aussi les hommes (ne fait pas de différence)								
ne dépiste pas les hommes								
ne connaît pas bien l'ostéoporose masculine (remboursement, traitements)								
dosage testostéronémie (DALA) 70-75 ans								
4) Votre pratique de dépistage								
<i>Qui aborde le sujet en consultation?</i>								
le médecin généraliste			■		■			
patientes sensibilisées, demandeuses (magazines / voisine)		■		■		■		
patientes douloureuses ("c'est mon ostéoporose qui me fait mal !")		■						
médecin de famille et connaissance des antécédents familiaux				■				
les patients à la sortie d'hospitalisation								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
<i>Quelle population dépistez-vous?</i>								
femmes ménopausées								
début de ménopause (point de départ)								
femmes ménopausées et maigres								
facteurs de risque connus								
après événements fracturaires								
fractures vertébrales diagnostiquées après chute ou rachialgies								
corticoïdes								
intoxication alcoolo-tabagique								
hypertransparence osseuse à la radiographie standard								
apports calciques faibles								
patients algiques								
ménopause précoce								
<i>Comment réalisez-vous ce dépistage?</i>								
ostéodensitométrie systématique chez les femmes ménopausées à 60 ans								
ne connaît pas les critères de remboursement								
recherche de perte de taille systématique								
bilan phosphocalcique, vitamine D								
ce n'est pas systématique, y penser								
radiographie du rachis à la recherche de fractures vertébrales								
mauvaises connaissances des effets de l'hormonothérapie (cancer)								
recherche de l'ostéoporose si intention de traiter								
ne dépiste pas si aucune plainte du patient								
il vaut mieux prévenir que guérir --> activité physique, supplémentation vitaminique								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
<i>Quels outils d'aide au dépistage utilisez-vous?</i>								
fiche mémo, tablette des laboratoires								
mesure taille (toise)								
pas de support informatique								
pas de site Internet								
imc (logiciel)								
questionnaire médical								
site Internet (GRIO)								
notes informatiques, rappels								
<i>5) Quelles sont les difficultés rencontrées en médecine générale?</i>								
manque de temps								
manque de formation								
caractère asymptomatique de la pathologie								
y penser								
vision péjorative des traitements (toxicité)								
traitements inefficaces (lobby)								
mauvaise connaissance thérapeutique / flou thérapeutique								
ostéodensitométrie non remboursée (écueil financier)								
pas de difficultés particulières								
sous-estime la gravité de l'ostéoporose / délai de survenue des fractures								
mauvaise observance du traitement								
refus du patient ("encore un médicament et je ne suis pas malade !"/ toxicité / taille)								
il y a beaucoup de critères de remboursement : mal connus								
manque de sensibilisation, mode : visiteurs médicaux (lobby), FMC, médias								
ostéodensitométrie peu fiable								
ostéodensitométrie peu accessible (prise de rendez vous difficile, lieu différent)								
les complications de l'ostéoporose sont peu fréquentes								
multiples dépistages								
médecin non formé à la mesure de la taille								

	FGF4	FGF5	FGH6	FGF6	FGH7	FGH8	FGH9	FGH10
6) Comment améliorer le dépistage de l'ostéoporose en médecine générale?								
y penser, être vigilant		orange		orange	orange			
consultation dédiée au dépistage								
maîtres de stage, remplaçants, étudiants	red	red	red	red	red	red		red
dépistage de masse (mais coût?)	purple			purple		purple		
standardiser les pratiques : mesurer la taille des adultes, conduite à tenir HAS	blue			blue	blue	blue		
améliorer la prise en charge thérapeutique						purple		
formation sur le dépistage et information	darkgreen		darkgreen			darkgreen		darkgreen
inclure fichier "ostéoporose" dans le logiciel	olive			olive		olive	olive	olive
fiche mémo (facteurs de risque)								
sensibiliser la population	grey			grey		grey		
inclure l'ostéoporose dans les centres de dépistage								
dépistage biologique, recherche	lightblue							
pallier à la pénurie de médecins								
utiliser un auto-questionnaire standard							grey	
avoir des comptes rendus de consultations de gynécologie								
médecine générale avec assistants (vers des maisons de santé pluridisciplinaires?)								darkred
cotations de la Sécurité sociale			yellow					
ne veut pas l'améliorer!								
développer les filières de soins					pink			

Annexe 12 : Verbatims

Cf. CD ci-joint.

AUTEUR : DURAND

Ludivine

Date de Soutenance : 15 mai 2014

Titre de la Thèse : Le sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale : comment l'améliorer ? Partie 1 : place du dépistage de l'ostéoporose en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : thèse qualitative, ostéoporose, sous-dépistage, médecine générale.

Résumé :

Contexte : Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage. Le sous-dépistage de l'ostéoporose est largement reconnu. L'ostéoporose est un problème de santé publique sous-estimé. La mortalité post-fracturaire est plus élevée chez les hommes pourtant l'ostéoporose masculine n'est pas dépistée en médecine générale.

Objectif : Compréhension du sous-dépistage de l'ostéoporose en médecine générale.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs et focus groups de médecins généralistes exerçant dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : La principale difficulté est de penser au dépistage et de le faire accepter dans une consultation non standardisée. L'ostéoporose est considérée comme peu préoccupante car d'évolution insidieuse et aux complications fracturaires tardives. La représentation du patient ostéoporotique est la femme ménopausée. Parmi les facteurs de risque, la corticothérapie est souvent citée. Les facteurs de risque de chute sont peu considérés. Paradoxalement, la douleur est citée comme point d'appel. Les patients VIH sont dépistés par des médecins sensibilisés contrairement aux hommes sous anti-androgéniques. Les critères de remboursement de la densitométrie osseuse sont mal connus. L'effet mode de l'ostéoporose semble passé depuis l'abandon progressif des traitements hormonaux substitutifs. Les traitements anti-ostéoporotiques n'ont pas convaincu les médecins généralistes en raison de la peur des effets secondaires et des doutes sur leur efficacité. La prévention par le calcium, la vitamine D et l'activité physique est privilégiée. Les outils d'aide au dépistage comme la mesure de la taille ou le site Internet du GRIO sont peu exploités. Les filières de soins et les correspondances médicales pourraient être améliorées.

Conclusion : Le sous-dépistage de cette pathologie n'est pas uniquement inhérent aux difficultés de la pratique du dépistage en consultation courante. La mauvaise compliance des patients et la peur des thérapeutiques sont les premiers freins évoqués. L'explication des freins et les propositions d'amélioration sont traitées dans la deuxième partie de ce travail.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Bernard CORTET

Asseseurs : Monsieur le Professeur Didier DEWAILLY

Monsieur le Professeur Gérard FORZY

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Madame le Docteur Isabelle BODEIN